Rok L. Kraków, dnia 28. października 1911. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Uwagi o leczeniu łożyska przodującego.

Podał

Dr **Emanuel Herz** (Rzeszów).

Zestawienie niniejsze odnosi się do 128 przypadków łożyska przodującego z mej 19-letniej praktyki. Z tych 128 przypadków umarło 14 matek, co równa się 10·9%, mianowicie 10 wskutek krwotoku, 1 na zator powietrzny, a 3 na posocznicę.

59% = 76 matek doznało pierwszego krwawienia między 7—8. miesiącem ciąży.

40% = 52 matek doznało pierwszego krwawienia przy końcu ciąży.

48% = 62 dzieci urodziło się żywych, lub zdolnych do życia.

51% = 66 dzieci było przedwcześnie urodzonych, nieżywych, lub niezdolnych do życia.

W 36% = w 47 razach placenta praevia totalis; z tych przypadków było 35 dzieci nieżywych, lub niezdolnych do życia = 74%, 12 zdolnych do życia, lub żywo urodzonych = 25%.

Z zabiegów operacyjnych stosowałem prócz przebicia pęcherza płodowego, balon pochwowy (kolpeurynter), balon maciczny (metreurynter), obrót sposobem Braxton-Hicksa, 1 raz hysterotomię Buma, 5 razy klasyczny obrót i ręczne wydobycie płodu, 1 raz kleszcze.

Przebicie pęcherza stosowałem 12 × = 9·3%, przytem było 10 dzieci zdolnych do życia, 2 dzieci nieżywych.

Kolpeurynter stosowałem 26 × = 20%, przytem 19 dzieci zdolnych do życia, 7 nieżywych.

Metreurynter stosowałem 21 × = 16%, przytem 14 dzieci zdolnych do życia, 7 nieżywych.

Obrót Braxton-Hicksa stosowałem 58 × = 45%. przytem 17 dzieci zdolnych do życia, 41 nieżywych.

Inne zabiegi stosowałem 11 × = 8·5%, przytem 6 dzieci zdolnych do życia, 5 nieżywych.

Ogólna śmiertelność dzieci przy poszczególnych zabiegach wynosiła:

1) Przy przebiciu pęcherza = 16%.
2) Przy balonie pochwowym = 26%.
3) Przy balonie macicznym = 33%.
4) Przy zabiegu Braxton-Hicksa = 70%.
5) Przy innych zabiegach = 45%.

(Do tych innych zabiegów zaliczam 1 cięcie cesarskie przez pochwę [hysterotomia Bumm], 5 przypadków obrotu i ręcznego wydobycia płodu, 2 przypadki poprzecznego ułożenia płodu i obrotu na nóżki, 3 przypadki ułożenia czaszkowego, 1 kleszcze).

6) Ogólna śmiertelność dzieci przy zupełnem przodowaniu łożyska = 74%.

Główną zasadą moją w leczeniu było, kobietę, która w drugiej połowie ciąży doznała znaczniejszego krwotoku bez poprzedzających bolów, i u której domyślać się było można, że krwawienie pochodzi z łożyska przodującego, — natychmiast rozwiązać, bez względu na życie płodu. Głównie chodziło zatem o to, aby nie doszło do drugiego krwotoku.

W leczeniu kierowałem się następującymi względami:

1) Chodziło o stan zdrowia, w jakim się znajdowała matka, gdy zacząłem ją leczyć, t. z. czy raz lub więcej razy krwawiła, lub czy była całkiem niedokrwista.

2) W jakim okresie znajdowała się szyjka macicy, tj. czy była mniej lub więcej rozszerzona i podatna, czy też była zupełnie utrzymana i niepodatna.

3) W jakim okresie ciąży znajdowała się matka, tj. czy była w ostatnim miesiącu ciąży, czy też jeszcze daleko było do końca ciąży.

Do tamowania krwi, a zarazem rozszerzenia szyjki macicy od wielu lat nie używałem więcej tamponów z gazy, gdyż te dawały najgorsze wyniki i do celów tych wcale się nie nadawały.

W ostatnich latach używam jedynie jeszcze balonu pochwowego (kolpeurynter Brauna), a to największych numerów, których specyalnie na moje żądanie dostarcza mi fabryka. Balon taki jest rozciągliwy i dobrze napełniony rozszerza sklepienia, a zatem i szyjkę, a gdy poleży kilka godzin, wtedy prawie zawsze rozwiera szyjkę na 2—3 palce, zwłaszcza u kobiet, które poprzednio już krwawiły.

Gdy odpowiednie rozszerzenie nastąpiło, wtedy kieruję się co do dalszego zabiegu stanem zdrowia matki, i tem, czy płód jest donoszony i dojrzały, czy też nie.

Jeżeli stan matki dobry, a płód zdolny do życia, donoszony, wtedy używam balonu macicznego (metreurynter), który ocala o wiele więcej dzieci, aniżeli jakakolwiek inna metoda leczenia, jednak dla matki nie jest on tak bardzo bezpieczny, a to dlatego, że wymaga dwóch zabiegów t. j. a) wkładania balonu, nieraz połączonego ze znacznem krwawieniem, b) po wypadnięciu balonu obrotu i ręcznego wydobycia płodu, który to zabieg również z obfitem krwa-

wieniem nieraz jest połączony. To też właśnie jest główną przyczyną, że w praktyce balon maciczny niechętnie jest używany.

Balon ten zakładam zawsze po poprzedniem przebiciu pęcherza płodowego. Podnoszę szczegół ten głównie dlatego, bo w ostatnich czasach spotkałem się ze zdaniami niektórych lekarzy niemieckich (Zimmermann, Zentralbl. f. Gyn. 1909, Nr 10 i Füth, Zentrbl. f. Gyn., 1911, Nr 5.), którzy radzą balon maciczny zakładać między pęcherz płodowy a ścianę macicy. Ponieważ przy takiem postępowaniu następuje nietylko znaczne krwawienie z powodu odklejenia się łożyska na wielkiej przestrzeni, ale także sposobność do zakażenia, dlatego uważam metodę tę za niewłaściwą.

Jeżeli chodzi o zupełne przodowanie łożyska (plac. pr. totalis), wtedy staram się palcami jak najostrożniej przedziurawić łożysko, aby go nie odkleić i nie wywołać krwotoku. Jeżeli to się nie uda, wtedy zakładam wziernik i przecinam łożysko zapomocą nożyczek i szczypczyków, a gdy otwór dostateczny, wprowadzam balon.

W ostatnich czasach nie obciążam balonu, ani też nie pociągam silnie, gdyż miałem przypadki pęknięcia szyjki, połączone ze znacznem krwawieniem; pociągam tylko bardzo lekko wtedy, gdy krwawi, a jeżeli i to nie pomoże, usuwam pęcherz i robię obrót sposobem Braxton-Hicksa, mimo obawy, że żywe dziecko obumrze. We wszystkich jednak tych przypadkach, w których chodzi o płód niedonoszony, niezdolny do życia, albo w których ogólny stan zdrowia matki wymaga szybkiego ukończenia porodu — wykonuję obrót sposobem Braxton-Hicksa. Tego samego zabiegu użyłem także w większej liczbie przypadków całkowitego przodowania łożyska (plac. pr. totalis), gdyż płody tu po większej części wystawione są na tak wielkie niebezpieczeństwo życia, że zdaje mi się racyonalniejszem, więcej względu mieć na matkę, niż na i tak prawie stracony płód.

Z powodu obawy rozdarcia szyjki macicy wykonuję w tych razach bardzo często przedziurawienie następującej główki płodu, jeżeli zaś obawa ta nie zachodzi, a płód żywy i donoszony, wtedy doprowadzam mu powietrze palcem lub cewnikiem.

W okresie poporodowym, który wymaga najwięcej baczności ze strony lekarza, — albowiem każda kropla krwi u kobiety zupełnie niedokrwistej może rozstrzygać o jej życiu — nie czekam, aż się łożysko samo odklei, lecz natychmiast po urodzeniu się dziecka wykonuję zabieg Credego, ale tylko w tych przypadkach, gdzie chodzi o boczne przodowanie łożyska (placenta praev. lateralis lub marginalis), gdyż w tych razach górna połowa łożyska znajduje się w samej jamie trzonu macicy i mogę się spodziewać odklejenia za uciskiem. Jeżeli zaś chodzi o całkowite przodowanie łożyska, wtedy zabiegu Credego nie używam, gdyż ucisk wywarty na trzon macicy nie może mieć żadnego skutku, ponieważ tam łożyska niema; wtedy ręką odklejam łożysko i tamponuję sposobem Dührssena całą macicę, sklepienia i górną połowę pochwy gazą, gdyż miałem smutne przypadki śmierci matek z krwotoku po 10 i 12 godzinach po porodzie, przy którym wszystko odbyło się w najlepszym porządku. Oprócz tego daję sporysz podskórnie, a gdy krwawienie ostatecznie ustało, stosuję rozczyn soli fizyologicznej, ewentualnie kamforę.

Kilku słowy wspomnieć należy jeszcze o pęknięciu szyjki macicy.

W praktyce swej zauważyłem, że w największej części przypadków skrwawienia się matek chodziło o rozdarcie szyjki macicznej, zazwyczaj nierozpoznane.

W przypadku krwawienia z pękniętej szyjki, tamponuję — aż do czasu przybycia asysty — macicę, szyjkę, sklepienia i pochwę sposobem Dührssena. W wielu razach wystarczyła sama tamponada. Jeżeli zaś krew wydobywa się przez tampon i asysta jest na miejscu, wtedy wywieram ucisk na macicę przez powłoki brzuszne i spycham ją tak głęboko na dół, aż szyjka pojawi się w szparze sromowej, zakładam 1 do 2 kleszczyków Muzeaux, celem przytrzymania jej i zeszywam od góry do dołu. Takie wytłoczenie macicy przez powłoki brzuszne udaje się bardzo łatwo zaraz po porodzie i ma podwójną wartość: po pierwsze tętnice maciczne ulegają załamaniu z powodu zepchnięcia macicy i zazwyczaj przestają krwawić, powtóre szyje się bardzo wygodnie zewnętrznie, przed częściami rodnemi.

Po zeszyciu szyjki tamponuję po raz wtóry macicę, a szczególnie szyjkę i sklepienia i nie opuszczam chorej przez kilka godzin.

W końcu pozwolę sobie jeszcze pokrótce wspomnieć o cięciu cesarskiem przez pochwę i przez powłoki brzuszne przy łożysku przodującem.

Co do pierwszego zabiegu, to nietylko Bumm, który w 1902 r. polecił swą hysterotomię przy łożysku przodującem, pierwszy ją porzucił, ale za nim poszli także i Dührssen, wynalazca tej operacyi, i wielu innych, po smutnych doświadczeniach z powodu śmierci matek z krwotoku. Hysterotomię, jak wyżej wspomniałem, wykonałem w jednym przypadku, który się skończył niepomyślnie, bo skrwawieniem się z ran, lecz muszę dodać, że chodziło tu o kobietę, która od 5. miesiąca ciąży krwawiła i która przy porodzie w 8. miesiącu w wysokim stopniu była niedokrwista, podczas gdy szyjka zupełnie była utrzymana. — Cięcie cesarskie pochwowe przy łożysku przodującem uważam za zabieg nieodpowiedni, gdyż przecina się właśnie tkanki w wysokim stopniu unaczynione (żyły nieraz grubości palca), które szwem nie dadzą się złączyć, gdyż tkanka się rozdziera, kleszczyki Muzeaux nie mogą się utrzymać, a z każdego ukłucia igłą sączy się obficie krew, tak że i najdokładniejsza tamponada późniejsza jest bezskuteczna.

Co do cięcia cesarskiego klasycznego, które w ostatnich czasach polecił przy łożysku przodującem Krönig (Zentralbl. f. Gyn. 1909, Nr 15 i 34), lub zaotrzewnego (Sellheim, Zentrbl. f. Gyn. Nr 40, 1908), to znalazły one należytą odprawę przez najwybitniejszych ginekologów (Zweifel, Münch. med. Woch. Nr 48, 1907 i Sitzungsbericht der gyn. Gesellschaft zu Halle a/S. refer. Zentrbl. f. Gyn. Nr 10, 1910, Schauta, Wien. klin. Woch. 1910, Nr 3, refer. Richter), którzy uważają zabiegi te, wobec wielu prostszych i pewnych sposobów uratowania matki, za niepotrzebne i z większem niebezpieczeństwem dla matki połączone.

Według przytoczonych autorów może cięcie cesarskie brzuszne tylko w tych razach mieć zastosowanie, jeżeli chodzi o znaczne krwotoki przy zupełnie utrzymanej, niepodatnej szyjce, gdy płód żywy i donoszony, matka niebadana wewnętrznie (aseptyczna), łożysko całkowicie przo-

dujące (plac. pr. totalis), a do tego życzeniem matki jest, aby płód był żywy. Ponieważ wszystkie te warunki nadzwyczaj rzadko się razem zdarzają, więc też i cięcie cesarskie w bardzo rzadkich przypadkach może być wskazane, a jak Runge (Z. f. G. 1909, Nr 31) podaje, właściwie tylko wtedy, jeżeli krwawienie jest tak znaczne, że można przypuszczać, iż rodząca nie przeżyje utraty krwi, która przy porodzie jest nieunikniona. Wtedy jednak wykonuje się cięcie cesarskie tylko w tym celu, aby macicę wraz z płodem zupełnie wyjąć i w ten sposób doszczętnie usunąć źródło krwawienia.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Kilka uwag o wskazaniach i rokowaniu cięcia cesarskiego zaotrzewnego.

Napisał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

(Wykład na XI. Zjeździe lekarzy i przyr. polskich).

(Dokończenie).

Przecięcie miednicy (symphyseotomia, hebosteotomia) jest wskazane tylko u wieloródek przy niestosunku średnim (nie poniżej $7^1/_2$ c. v.), przy zupełnie rozwartem ujściu, przy główie wspartej i silnych bolach porodowych. Wówczas jest nadzieja, że bezpośrednio po rozejściu się kości miednicy odbędzie się poród siłami natury, który po przecięciu miednicy jest znacznie więcej pożądany, niż rozwiązanie operacyjne.

Przecięcie miednicy może być poprzedzone łagodną próbą kleszczy wysokich. W moich 22 przypadkach hebosteotomii stosowałem się przeważnie do tych wskazań i nie straciłem ani jednej matki i żadnego dziecka.

Wymóżdżenie jest odpowiednie przy płodzie nieżywym i w tych przypadkach zakażenia pewnego lub niepewnego, w których płód jest ciężko omdlały.

Cięcie cesarskie klasyczne obejmie przypadki zupełnie czyste, niebadane, szczególnie zaś te, gdzie zachodzi nadto potrzeba sterylizacyi, wytrzebienia (osteomalacia) lub innych zabiegów brzusznych, nadto te, gdzie zależy na bardzo szybkiem usunięciu płodu (zabiegi u umierających i zmarłych).

Do cięcia doszczętnego (Porro) nadadzą się wszystkie przypadki wyraźnie zakażone przy dziecku żywem i zdrowem, oraz te przypadki, wątpliwe co do aseptyki, gdzie zamierzamy usunąć jajniki (osteomalacia).

Wobec tego dla cięcia nadłonowego pozostaną a) przypadki zupełnie czyste u pierwiastek, w których nie zachodzi potrzeba sterylizacyi, wytrzebienia lub innego zabiegu brzusznego, b) takie same przypadki u wieloródek, które nie nadają się do kleszczy lub hebosteotomii z powodu bardzo wysokiego ustawienia główki lub zbyt mało rozwartego ujścia, c) przypadki wątpliwe co do aseptyki u wszystkich pierwiastek i d) u tych wieloródek, u których z powyżej wymienionych przyczyn nie należy wykonywać kleszczy, ani przecięcia miednicy. Naturalnie warunkiem we wszystkich tych przypadkach jest żywe i niezbyt osłabione dziecko.

Tak więc w myśl powyższych wywodów odbiera ta operacya hebosteotomii te przypadki, które ją czyniły zabiegiem ciężkim i niebezpiecznym, t. j. pierwiastki, a klasycznemu cięciu cesarskiemu między innymi przypadki co do aseptyki niepewne.

Z innemi wskazaniami załatwić się możemy krócej.

2) Łożysko przodujące. Wskazanie to nieoparte jest dotąd na przekonujących wynikach praktycznych, natomiast za podstawę służą mu wprost genialne wywody Sellheima o powodach krwotoków w przebiegu łożyska przodującego. Przyznać trzeba, że są one argumentem silnym, który jednak zużytkować można także do obrony cięcia klasycznego, zalecanego przy łożysku przodującem przez Króniga. Cięcie nadłonowe w ciężkich przypadkach przodowania łożyska wykonał Sellheim osiem razy i uratował wszystkie matki i wszystkie płody; Reifferscheid uratował tylko matkę. Wskazaniu temu nie można wprost odmówić racyi, jak to wielu autorów czyni, na decyzyę trzeba jednak czekać długo i oprzeć ją na wielkiem doświadczeniu. Faktem jest, że niemała śmiertelność matek, a wprost przerażająca śmiertelność płodów przy tem powikłaniu nakazują szukać dróg nowych. Wątpić też należy, czy cięcie cesarskie pochwowe (hysterotomia vaginalis) Dührssena, zalecana gorąco przez Döderleina dla rozwiązania przy łożysku przodującem, okaże się operacyą odpowiednią. W każdym razie, jeśli cięcie nadłonowe uzyska prawo obywatelstwa przy łożysku przodującem, to współzawodniczyć musi na tym terenie z całym szeregiem zabiegów bezkrwawych (obrót, metreuryza i t. d.), cięciem pochwowem i klasycznem.

3) Rzucawka porodowa. Jeśli stoimy na stanowisku, że powikłanie to daje wskazanie do doraźnego rozwiązania, to cięcie nadłonowe może być jednym z tych sposobów.

Jeśli równocześnie chodzi o ścieśnienie miednicy i zdrowy, donoszony lub prawie donoszony płód, to zapewne znaleść można usprawiedliwienie dla tego bądź co bądź ciężkiego zabiegu. W przeciwnym razie wchodzi w swoje prawa metreuryza i cięcie cesarskie pochwowe, a przy martwym płodzie wymóżdżenie. W każdym razie przyznać musimy cięciu nadłonowemu i w tych przypadkach wyższość nad klasycznem (Halbertsma).

4) Zakażenie dolnych dróg porodowych. W myśl tego wskazania operował Sellheim jeden przypadek. Zdaje mi się, że to wskazanie, zresztą bardzo rzadkie, nie jest usprawiedliwione, gdyż zadajemy ranę bądź co bądź w sąsiedztwie ogniska zakażenia (portio vaginalis), co mieści w sobie niebezpieczeństwo.

5) Nagłe wskazanie, przy którem dawniej robiono t. zw. »accouchement forcé«. I tutaj podobnie, jak przy rzucawce, która właściwie do tej grupy mogłaby być zaliczona, uważałbym za warunek ścieśnienie miednicy i żywy płód.

6) Położenie poprzeczne ze znacznem rozciągnięciem dolnego odcinka i żywym płodem. Wskazaniu temu, podanemu przez Frommego, nic właściwie zarzucić nie można. Broni ono żywy płód przed poćwiartowaniem i to w sy-

tuacyi, w której żadna inna operacya nie może nic pomódz lub (cięcie klasyczne) jest ze względu na niepewną aseptykę przeciwwskazana. Przypadki te należeć jednak będą do wyjątków.

7) Ułożenie czołowe. Knoop opisuje taki przypadek z dobrym dla matki i dziecka wynikiem. Przy ścieśnieniu miednicy (którego w przypadku Knoopa nie było) i żywem dziecku wskazanie to jest niewątpliwie uzasadnione, tam zaś, gdzie niestosunek wywołany jest wyłącznie niekorzystnem ułożeniem płodu, można z korzyścią zastosować zmianę ułożenia na czaszkowe (Thorn, Schatz) lub obrót za nóżkę. W każdym razie w niektórych przypadkach można będzie obejść tak często przy tem ułożeniu stosowane wymóżdżenie.

Tak przedstawiają się mnie na razie wskazania do cięcia nadłonowego. Technika tego zabiegu nie jest jednak ustalona, a ze zmianami w niej przesuwać się też muszą i wskazania, zapewne więc po kilku latach rzecz przedstawi się w innem świetle. Może się okazać, że i przypadki zakażone dadzą się tak operować z zastosowaniem przetoki maciczno-brzusznej Sellheima, co na razie wydaje się wątpliwem.

Poruszyć tu pragnę wreszcie dwie sprawy. Jedna dotyczy późniejszych następstw pooperacyjnych po cięciu nadłonowem. Obawa, wyrażona przez Czyżewicza co do wytrzymałości blizny pooperacyjnej przy późniejszych porodach, zdaje się być płonną. Tak przynajmniej mówi praktyka, i to oparta nietylko na spostrzeżeniach po cięciu nadłonowem, ale w znacznie większej liczbie przypadków po cięciu pochwowem Dührssena, w którem przecina się te same tkanki. Porównania, czynione między grubym, jędrnym mięśniem trzonu, szytym przy cięciu klasycznem, a cienką i wiotką ścianą szyi, na której wykonywa się cięcie nadłonowe, porównania, z których ma wynikać wyższość cięcia klasycznego, są zupełnie błędne. To, że blizna w dolnym odcinku nie okazuje skłonności do rozchodzenia się, a blizna w jędrnym trzonie niejednokrotnie już w ciąży pęka, wydaje mi się rzeczą naturalną i jasną. Gojenie się jest czynnością postępową, wymagającą żywotności, zdrowia tkanek. Tymczasem mięsień trzonu, który zwijając się (retrahując się) podczas porodu, urządza t. zw. autoligaturę naczyń, popada podczas połogu w stan, który jest przeciwstawieniem postępu, gdyż jest zmianą wsteczną. Wśród trwania tych zmian wstecznych, towarzyszących zwijaniu się macicy, ma się odbywać sprawa gojenia, będąca wyrazem żywotności, cóż więc dziwnego, że się często odbywa niedokładnie i tworzy bliznę niewytrzymałą. Natomiast dolny odcinek jest po porodzie w spokoju i w pełni sił żywotnych, zwija się bardzo powoli, pozwalając ranie zgoić się dobrze i wytworzyć silną i wytrzymałą bliznę.

W żywotności i dobrem odżywieniu tkanek leży też, jak wiadomo, najlepsza gwarancya przeciw zakażeniu i dlatego sądzę, że szew w mięśniu trzonu wśród wstecznych zmian połogowych łatwiej ulegnie zakażeniu, niż w tkance zdolnej do postępu. W tem zdaje się leżeć wielkie niebezpieczeństwo klasycznego cięcia w przypadkach choćby lekko zakażonych, w tem leży przyczyna tryumfów metody doszczętnej Porro, usuwającej trzon mniej zakażony, ale będący w okresie zmian wstecznych, a zostawiającej więcej zakażoną, ale żywotną szyję, w tem wreszcie widzę wyższość cięcia nadłonowego nad klasycznem.

W ostatnich czasach zjawia się jednak przeciw cięciu nadłonowemu zarzut inny, przypominający smutny los tak popularnej niegdyś waginofiksacyi. Oto po cięciu nadłonowem ma się wytwarzać unieruchomienie szyi i przemieszczenie jej ku przodowi i ku górze (Jahreiss, Rosenfeld). Odezwały się i głosy przeczące temu (Hartmann), w każdym jednak razie rzecz wymaga wyjaśnienia. Co prawda, nie jest bez »ale« i cięcie klasyczne ze zrostami otrzewnymi, skłonnością do rozejścia się blizny w ciąży lub podczas porodu i z tak częstemi przepuklinami brzusznemi, nie jest też wolna od zarzutów hebosteotomia (skłonność do wypadania pochwy wskutek przecięcia m. unoszącego odbyt, utrudnienie w cięższej pracy z powodu ruchomości kości miednicy), ale do ocenienia nie porównawczego, tylko bezwzględnego wartości cięcia nadłonowego potrzebne jest dokładne zbadanie tego zarzutu. Na wyjaśnienie nie będziemy czekać długo.

Druga uwaga dotyczy pytania, czy cięcie nadłonowe może być stosowane w praktyce domowej. Zdaniem mojem odpowiedź wypaść musi mimo wywodów Laubenburga przecząco, podobnie jak dla hebosteotomii, mimo doskonałych wyników Herza z Rzeszowa.

Obie te operacye są zabiegami, przeznaczonymi wyłącznie dla zakładów położniczych. Istnienie ich pogłębia przepaść między położnictwem domowem, a położnictwem klinicznem i doprowadzi do zrozumienia tego, że porody przez ścieśnioną miednicę powinny się odbywać w zakładach, o ile jest czas i możność przewiezienia rodzącej. Powstaje z tego zapewne pewna dydaktyczna trudność dla klinicystów, której, o ile jej są świadomi, potrafią niewątpliwie zaradzić.

Położnictwo, ta najstarsza gałęź wiedzy lekarskiej, ma tradycyę. W życiu społecznem jest ona zapewne rzeczą nieocenioną, w sztuce lekarskiej, dążącej ciągle do nowych zdobyczy, jest niejednokrotnie przeszkodą, zwłaszcza w położnictwie, gdzie tradycya ta jest często nie naukową, tylko zwyczajową, niejako domową. Położnictwo cierpi wskutek tej tradycyi; wytwarza się w niem niezdrowy prąd, z lekceważeniem odzywający się o t. zw. »nowościach« i krytykujący tych, którzy ich »a limine« nie odrzucają. W obronie przed tą krytyką pozwolę sobie, kończąc ten wykład, zacytować słowa jednego z najwybitniejszych przedstawicieli naszego fachu, Döderleina: »Niniejsze uwagi pragnę skierować pod adresem tych, którzy w krytyce »nowości« okazują skłonność do pesymizmu. Jest on tu, jak zresztą wszędzie, niebezpieczniejszy od optymizmu. Optymizm zapładnia myśl i podnieca ją, a zawarte w nim »zawiele« reguluje się łatwo samo przez się. Natomiast pesymizm wstrzymuje postęp i przeszkadza mu«.

Piśmiennictwo. 1) Baisch. Deut. med. Woch. 1909, Nr 46, ref. Zentr. f. Gyn. 1910, Nr 13. — 2) Baumm. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 14. — 3) Bumm. a) Pos. Tow. gin. berl. 27. III. 1908, Zentr. f. Gyn. 1908, Nr. 42. b) Dyskusya nad odczytem Henkla. Zentr. f. Gyn. 1910, Nr 48. — Czyżewicz. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 25. — 5) Döderlein. a) Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIII. b) Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 4. — 6) Eversmann. a) Zentr. f. Gyn. 1910, Nr 34. b) Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 7) Fehling. Strassb. med. Zeitung 1910, Nr 7. ref. Zentr. f. Gyn. 1911. Nr 1. — 8) F. Frank. a) Archiv f. Gyn. Bd. LXXXI. b) Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXV. — 9) E. Frank. Zent. f. Gyn. 1911, Nr 6. —

10) Frank (Altona). Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 3. — 11) K. Franz. Prakt. Ergeb. der Geb. u. Gyn. 1909. — 12) F. Fraypont. Obstétrique 1909, Nr 7. — 13) Freund H. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 16. — 14) Fromme. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 17. — 15) Fuchs. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 21. — 16) Henkel. Gesell. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin 25. Febr. 1910. — 17) Hammerschlag. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 50. — 18) Hartmann. Gyn. Rundschau 1910, Heft 20. — 19) Heimann. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. LXVIII. 1911. — 20) Heinricius. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 21) Hofmeier. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 28. — 22) Holzapfel. Sam. klin. Vort. Gynaek. Nr 196/97. — 23) Jahreiss. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 24) Jeannin C. Obstétrique, 1909. — 25) Jung. Münch. med. Wochs. 1909, Nr 17. Ref. Zentr. für Gyn. 1910. Nr 3. — 26) Kahn. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 50. — Kehrer F. A. Beitrag z. Geb. u. Gyn. XIV. 1909. — 28) Knoop Carlos. Münch. med. Woch. 1910, Nr 6. — 29) V. Kongres międzynarodowy w Petersburgu 22—28. września 1910. Ref. Zentr. f. Gyn. Nr 45, 1910.— 30) Küstner Otto. a) Münch. med. Woch. 1909, 34. Zentr. f. Gyn. 1910, 26. b) Zentr. f. Gyn. Nr 16, 1908.—31) Lange Max. Monat. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXI. — 32) W. Latzko. a) Wiener klin. Woch. 1909, Nr 14. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. b) Frauenarzt 1910, Heft 6. Zentr. f. Gyn. 1910, Nr 4. c) Zentr. f. Gyn. 1909. Nr 8. — 33) Laubenburg. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 34) Leopold. Arch. f. Gyn, 91. II. 1910. — 35) Luchsinger H. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 33. — 36) Morawski. Przegl. lek. 1910, Nr 49. — 37) Nacke. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 38) Nürnberger L. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 26. — 39) Pfannenstiel. Zentr. f. Gyn. Nr 10, 1908. — 40) Raszkes. Tow. lek. radomskie, ref. Przegląd lek. Nr 16, 1909. — 41) Reifferscheid. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 42) Richter. Archiv f. Gyn. Bd. LXXXXI. — 43) Rosenfeld. Wiener klin. Wochs. 1909, Nr 16. ref. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 44) Roth. Zentr. f. Gyn. 1911. — 45) Rubeška. a) Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 17. b) Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 46) Rühle. Niederrheinisch-Westfälische Gesell. für Gyn. und Geb. Monat. für Geb. u. Gyn. Bd. XXX. — 47) Sellheim H. a) Zentr. f. Gyn. Nr 5, 1908. b) Zentr. für Gyn. Nr 10, 1908. c) Zentr. für Gyn. Nr 20, 1908. d) Zentr. für Gyn. Nr 40, 1908. e) Beiträge zur Geb. u. Gyn. 1911. — 48) Spaeth. Zentr. für Gyn. Nr 20, 1908. — 49) Streit. Zentr. für Gyn. 1910, Nr 43. — 50) Veit J. a) Monat. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXVI. b) Sam. klin. Vorträge. Gyn. Nr 189. — 51) 80. Versamm. Deut. Naturforscher u. Aerzte in Köln 20—25. Sep. 1908. Abt. f. Geb. u. Gyn. ref. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 42. — 52) Wiemer W. T. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 39.

Odczyn gruźliczy Moro.

Podał

Dr H. Wilczyński (Zakopane).

Od chwili ukazania się w »Münchener med. Wochenschrift« artykułu Moro o próbie skórnej, polegającej na wcieraniu w okolicy wyrostka mieczykowatego mostka maści, złożonej w równych częściach ze starej tuberkuliny (Alttuberculin Höchst) i lanoliny, wykonałem przeszło czterysta prób na 200 chorych. Jednocześnie w większości przypadków wykonywałem próbę Pirqueta. Próby ocznej Calmettea, jako niezupełnie bezpiecznej i dla chorego wysoce nieprzyjemnej, nie robiłem wcale.

Aby nie nużyć statystyką i tablicami, podaję krótki opis samego wykonania próby, jak i wrażenie, jakie otrzymałem o wartości jej w rozpoznaniu i rokowaniu.

Maść - w ilości małego ziarnka grochu — wcieram tłoczkiem strzykawki szklanej lub końcem probówki w oczyszczoną skórę, w przeciągu 1—1½ minuty. Po upływie doby do trzech, o ile próba ma wynik dodatni, powstaje od kilku aż do kilkuset wykwitów, nieraz zupełnie ze sobą się stykających i łudząco przypominających wtedy liszaj zołzowy (lichen scrophulosorum localisatus)

Wykwit taki, pod palcem sprawiający wrażenie małego nacieku (nieco twardszego od osutki durowej), jest barwy czerwonej lub sino-czerwonej, na szczycie nieraz pokryty łuseczką. Konglomerat takich wykwitów sprawia przy dotykaniu wrażenie niezbyt ostrej tarki, a znika po dniach kilku bez śladu.

Miałem jednak i takie przypadki, że wysypka trwała przeszło dwa tygodnie, a ciemno-brunatne plamki barwikowe można było dostrzedz i po miesiącu. Odczynu gorączkowego nie zauważyłem ani razu, chorzy nie narzekali na podmiotowe dolegliwości, jak świąd, ból itp., bardzo często zapominali nawet o wykonaniu tej próby.

Odczyn więc ten jest zupełnie nieszkodliwy. Użyteczność jego jest jednak bardzo wątpliwa. Zwraca uwagę parę cech, istotnie sprzecznych z panującymi poglądami o odczynach tuberkulinowych i anafilaksyi.

Co do użyteczności odczynu, to jest ona wątpliwa dla kilku powodów. Przedewszystkiem odczyn ten nie jest czuły. W bardzo wielu przypadkach, gdzie odczyn Pirqueta był wybitnie dodatnim, próba Moro wypadła ujemnie. I to nie tylko w przypadkach podejrzanych co do gruźlicy, ale nawet w gruźlicy czynnej, z gorączką, prątkami w plwocinie i t. d.

Nie mogłem ustalić żadnego związku między stanem chorobowym a mniej lub więcej wybitnym wynikiem odczynu. Chorzy bez gorączki, z rokowaniem pomyślnem, dawali odczyn jednakowo słaby lub silny, jak i chorzy w ostatnim okresie gruźlicy płuc. Ale najbardziej uderzającym jest fakt, iż zdarzało mi się nieraz, że osoba, wykazująca wybitny odczyn Moro, po kilku tygodniach traciła zdolność do tego odczynu (już na innem miejscu skóry np. pod obojczykami), i odwrotnie, odczyn Moro wyraźnie występował tam, gdzie go poprzednio nie było. W przypadkach tych nie można było dostrzedz związku z postępem lub cofaniem się sprawy chorobowej.

Jeśli więc próba tuberkulinowa ma wogóle oznaczać, że gdzieś lub kiedyś w ustroju była lub jest gruźlica, to próba Moro tej zasadzie wcale nie odpowiada. Próba Pirqueta, o ile mogę wnosić z moich doświadczeń, jest pod względem rozpoznawczym pewniejsza. Raz tylko zdarzyło się, że mimo nacieków i owrzodzeń gruźliczych w krtani (obecność prątków!) odczyn ten wypadł ujemnie. Ale »testis unus — testis nullus«.

Trudno wytłómaczyć, dlaczego u tego samego chorego po poprzednich odczynach dodatnich występuje nieraz wynik ujemny. Przeczy to naszym pojęciom o uczuleniu (anaphylaxia) i wymaga dalszych badań w tym kierunku.

Po rozważeniu wyników kilkuset moich prób z odczynem Moro, doszedłem do wniosku, że:

1) Odczyn ten, jako mniej czuły w porównaniu do innych prób i niestały u osobników gruźliczych, nie ma praktycznego znaczenia przy rozpoznawaniu choroby.

2) Również nie daje on żadnych podstaw dla rokowania, gdyż jest zupełnie niezależnym od stanu chorobowego.

3) Odczyn Moro, dla swej niestałości u tych samych osobników, zdaje się przeczyć obecnym pojęciom o anafilaksyi gruźliczej.

Oceny i sprawozdania.

Postępy leczenia nowotworów nie nadających się do operacyi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał

Dr Adolf Klęsk.

Jeżeli strasznym jest los chorych na nowotwór złośliwy, to chyba stokroć gorszym nazwać trzeba rozpaczliwy poprostu stan nieszczęśliwych z nowotworami nie nadającymi się już do operacyi, lub nawrotami po operacyach. O ile tamci mogą mieć jeszcze nadzieję wyzdrowienia, to ci prócz strasznego nieuleczalnego stanu, cierpią jeszcze z tego powodu, że zwykle nie chcą już ich nigdzie przyjąć do szpitala ani kliniki, a niestety, jak dotąd, nie ma w Austryi zakładu, czy przytułku dla nieuleczalnie chorych na raka.

Potrzeba założenia takiego zakładu jest więc piekącą i dlatego poprostu dziwić się trzeba, że władze sprzeciwiają się zamierzonej budowie domu samarytańskiego dla rakowatych w Wiedniu z fundacyi wdowy Mitermayer, jako rzekomo mniej potrzebnego w stosunku do innych szpitali.

Dla lekarza praktycznego bardzo ważne są następujące pytania:

1) Kiedy dany przypadek nowotworu uznać za nienadający się do operacyi?

2) Czy i jakie są sposoby i wyniki leczenia takich nowotworów?

Pytania te obchodzą bardzo praktyka i nie należą one jedynie, jak to się mylnie sądzi, do specyalisty, bo przecież w pierwszym rzędzie właściwie lekarz praktyczny rozstrzyga o operacyi i nakłania do niej chorego. A wyobraźmy sobie sytuacyę następującą: Lekarz, chcąc nakłonić opierającego się operacyi chorego, przedstawia mu sprawę nieraz w ten sposób, że twierdzi, iż w razie niepoddania się operacyi, czeka chorego śmierć. Chory decyduje się w końcu na zabieg, udaje się do specyalisty, a ten... oświadcza, że nie można już operować. To dla chorego tosamo przecież, jak przepowiednia śmierci.

Są pewne proste niejako schemata, które kierują nami z grubsza przy ocenie operacyjności nowotworów. Tak np. przy raku sutka wyłączają operacyę wyczuwalne gruczoły nadobojczykowe, przy raku żołądka wyczuwalność wyraźna guza, przy raku odbytnicy i macicy przejście raka na otoczenie i t. p. Naturalnie rozróżniamy operacyjność względną i bezwzględną, zależną od temperamentu chirurga i t. p., lekarz jednak praktyczny, tam gdzie rak już nie jest cierpieniem ściśle miejscowem, powinien zawsze przedstawiać choremu sprawę w ten sposób, by mu nie robić zawodu, a więc np. oświadczyć, że ewentualnie może i operacya okaże się potrzebna i t. p.

Dla wielkiej grupy nowotworów, nie nadających się do operacyi, pozostaje otwartem pole leczenia nieoperacyjnego, względnie leczenia łagodzącego cierpienia, bo o zupełnych wyleczeniach jeszcze na razie mówić nie można, choć tu i ówdzie znane są przypadki zupełnego i trwałego zniknięcia nowotworu złośliwego.

Chorzy, dotknięci nowotworami, nie nadającymi się do operacyi, cierpią najwięcej z powodu 1) bolów, 2) krwotoków, 3) rozpadu nowotworu, 4) wynędznienia i przerzutów, 5) mechanicznych przeszkód, sprawionych przez ucisk guza na sąsiednie narządy.

Zachodzi pytanie, czy obecnie postępy nauki zaradziły coś przeciw tym różnym przypadkom.

Nie mówimy tu o zwykłych sposobach np. łagodzeniu bolu narkotykami, opatrywaniu przeciwgnilnem i t. p., lecz chodzi nam o właściwe sposoby leczenia nowotworów, których nie można operować.

Otóż dzięki specyalnym zakładom badania raka, różnym towarzystwom, zjazdom, ankietom i statystykom raka, zyskaliśmy wiele cennych wskazówek. Przedewszystkiem wiemy, że np. słowo rak, musimy uważać za termin zbiorowy, mieszczący w sobie wiele różnorodnych obrazów. Nowotwory nawet klinicznie, ba nawet drobnowidowo mające tesame cechy, mimoto biologicznie mogą być zupełnie różne, co nasuwa myśl, że rak, jako cierpienie miejscowe, jest może wyrazem pewnego ogólnego zadziałania na ustrój, np. zatrucia.

Przemawia za tem różna wrażliwość tych samych pozornie nowotworów na te same podrażnienia, np. atoksyl, promienie rentgenowskie i t. p. Czasem rak budzi się niejako z uśpienia i nagle zaczyna szybko rosnąć, tworzyć przerzuty (np. przy leczeniu fulguracyą, rentgenizacyi itp.), to znów po niedoszczętnej nawet operacyi znika i t. p. Fakta te pouczają, że nie wolno nigdy, nawet i w rozpaczliwych przypadkach, opuszczać chorego. Doświadczenie pouczyło nas także, że istnieje pewien związek między narządami i to tak w znaczeniu dodatniem, jak i ujemnem. Są np. raki, rozwijające się szybko w ciąży (mastitis carcinomatosa), a znowu naodwrót u osób starszych, tam gdzie czynność jajników ustała, raki sutka zwykle mają charakter łagodniejszy. Związek ten jajników z rozwojem raka sutka wyzyskano zwłaszcza w Anglii operacyjnie, wykonując po operacyi raka sutka trzebienie u kobiet, zwłaszcza młodszych zapobiegawczo lub w przypadkach nawrotów pooperacyjnych.

Nieraz odnosi się wrażenie, że operacya rozsiewa poprostu raka i pobudza drzemiące ogniska do wzrostu. Z tego też powodu Forest do wycinania nowotworów podał swą »igłę«, wykonującą to z pomocą silnego prądu elektrycznego.

Jednym z najenergiczniejszych sposobów leczenia nowotworów jest bezwątpienia rentgenizacya. Nasilenie naświetlania starano się powiększyć przez różne ulepszenia techniki, np. stosowanie kilku lamp naraz z różnych stron. filtrowanie promieni miękkich, a wreszcie przez t. zw. sensybilizacyę, t. j. uczulanie tkanek na działanie promieni zapomocą wstrzykiwania w tkanki różnych ciał, jak chininy, eozyny, choliny, cholestearyny, adrenaliny, stosowanie ucisku, przedwstępnej termopenetracyi (Müller) i t. p.

Ostatnia kombinacya, przy której Müller otrzymać miał nawet kilka wyleczeń, okazuje się bardzo dobrą. Werner i Caan donoszą także o wcale pomyślnych wynikach kombinowania termopenetracyi z rentgenizacyą, ew. innymi sposobami leczenia.

K. Beck celem udostępnienia nowotworów w głębi ustroju dla działania promieni, polecał nowotwory takie operacyjne odsłaniać i następowo naświetlać. Werner i Caan korzystali też z tego sposobu i przy raku żołądka, wątroby, jajnika i odbytnicy wszywali odpowiednie narządy w powłoki i naświetlali następowo, przyczem nieraz osiągali wybitną poprawę.

Wyniki leczenia promieniami Röntgena guzów nienadających się do operacyi są mniej więcej następujące: bezwarunkowo osiąga się w wielu przypadkach złagodnienie bolów, oczyszczanie się owrzodzeń, a nawet zmniejszanie się nowotworów i poprawę stanu ogólnego. Niektórzy donoszą nawet o pozornych lub nawet rzeczywistych wyleczeniach. Wyrażam się oględnie, albowiem, jak to Rehn zwrócił uwagę, nieraz leczenie promieniami Röntgena wywołuje np. przy rakach skórnych podgojenie się z wierzchu, a w głębi rak szerzy się dalej lub pozostaje w stanie drzemiącym. Już jednak wspomniane wyniki są bardzo zachęcające. Dodać tu jeszcze należy, że nieraz przy guzach nie nadających się do operacyi, przez leczenie promieniami Röntgena zyskujemy zwiększanie się ruchomości i »powrót« do okresu, nadającego się do operacyi. Leczenie promieniami Röntgena powinno wreszcie obecnie być stosowane zapobiegawczo po operacyach raków, ew. przez naświetlanie otwartej do tego celu rany.

Równomiernie z leczeniem rentgenowskiem rozwija się leczenie zapomocą radu. Rad, ew. emanacye radu, różne przetwory, jak radiol, radiogen i t, p. stosuje się obecnie w postaci naświetlań, wstrzykiwań, wdychiwań, okładów, wewnętrznie i t. d. W ostatnich czasach, ze względu na znacznie niższą cenę, polecają Czerny i Caan aktinium, w postaci wstrzykiwań zawiesiny w rozczynach soli w nowotwór lub jego okolicę. Koszt wstrzyknięcia zwykłego wypada na 60 fenigów. Najlepsze wyniki przy leczeniu radem osiągnięto przy mięsakowych powiększeniach gruczołów. Postępować tu należy nieraz bardzo ostrożnie, by nie wywołać przy leczeniu nagłego rozpadu, nieraz groźnego dla życia. Caan przy raku żołądka, nie nadającym się do operacyi, podawał chorym do picia wodę emanowaną i z 14 przypadków w 8 uzyskać miał poprawę.

Wyniki leczenia radem są mniej więcej tesame, co wyżej wspomniane przy rentgenizacyi. Podobnie też, jak i tam, spostrzegano przy tem leczeniu wyjątkowo nawet nagłe pogorszenia, rozsiewanie się ogólne nowotworów (zwłaszcza śluzakomięsaków) i t. p.

Wielki z początku rozgłos zyskało sobie piorunowanie (fulguracya) raków, propagowane przez Keating-Harta. Działa ono wybitnie łagodząco na bóle, być może, że wskutek następowego obfitego odpływu surowiczego z rany, znoszącego napięcie tkanek i ucisk na nerwy. Tam, gdzie guz udaje się wyciąć, czy wyskrobać w granicach zdrowych. piorunowanie oddaje bardzo cenne usługi; przy guzach zbyt rozległych, by je tak traktować można, wywołuje wstrzymanie się krwawień, gojenie się owrzodzeń, złagodzenie bólów, a nawet poprawę stanu ogólnego. Czerny nie podziela wprawdzie entuzyazmu zwolenników Keating-Harta co do wyleczeń, ale przyznaje wartość piorunowaniu w leczeniu łagodzącem. Z naszych autorow Kijewski i Solman wyrażają się sceptycznie o piorunowaniu, choć podnoszą, że ten sposób leczenia nieraz wybitnie łagodzi ból, Bugiel znów staje w obronie piorunowania. Richter jako ginekolog podnosi również łagodzące ból działanie piorunowania, polecając kombinacyę piorunowania z kąpaniem macicy 2—4 razy na miesiąc przez 10 minut w acetonie (acetonum crudum). By piorunowanie miało skutek, trzeba stosować się ściśle do techniki Keating-Harta, od której niestety właśnie często odstępują.

Twierdzenie, że przy piorunowaniu ogniska pierwotnego znikają i przerzuty, okazało się nieprawdziwem. Dodać tu dla illustracyi należy, że znane są z literatury dwa przypadki dość nawet szybkiego uleczenia raka po porażeniu piorunem. O pierwszym przypadku (rak sutka) doniósł Walshe, o drugim (rak wargi dolnej) Broca. Przy rozległej »exeresis« chirurgicznej piorunowanie ma 8% wyleczeń, a niemal połowę popraw trwałych. Niekiedy, choć rzadko, piorunowanie wywołuje właśnie szybkie tworzenie się przerzutów.

Desplats mówi o piorunowaniu, co następuje. »Po trzech latach doświadczeń dochodzimy do wniosku, że fulguracya rozszerza znacznie zakres chirurgii, zapewniając jej poważne widoki powodzenia tam, gdzie dawniej nie śmiała chirurgia postępować; dalej daje fulguracya choremu widoki długiego braku nawrotu, i to o wiele znaczniejsze, niż dać je może chirurgia sama«.

Przechodzimy teraz do innych sposobów leczenia. Na pierwszy plan wysuwa się tu leczenie aromatycznemi połączeniami arsenu.

Leczenie nawrotów atoksylem zaleca Blumenthal. Wstrzykuje on w nowotwór lub jego okolicę 1—2 razy na tydzień (przy równoczesnem podawaniu jodu) 1—2 cm³ rozczynu. »Rp. Atoxyl 1,0, Acid. arsenic. 0,02 (0,04), Aq. dest. 10,0«. Spostrzegać miał przytem nieraz zupełne wessanie się nowotworu i wyleczenie. Przy nowotworach narządów wewnętrznych wstrzykiwać trzeba podskórnie lub śródżylnie. Na leczenie to są zwłaszcza bardzo wrażliwe mięsaki kostne i nowotwory gruczołów.

Czerny i Caan ze względu na bardzo częsty dodatni odczyn Wassermanna przy nowotworach, polecili znów wstrzykiwania salwarsanu. Próby tego leczenia wypaść miały dodatnio, zwłaszcza miały wstrzykiwania wybitnie koić ból.

Wiele rozgłosu nabrał swego czasu silnie reklamowany antimeristem Schmidta. Jest to płyn, uzyskany z zabitych hodowli drobnoustrojów (śluzowców) i zarodników »mucor racemosus«. Przetwór ten jest jednak bardzo drogi, stosować go trzeba długo (bo około 113 dni), wstrzykiwania są bolesne i pozostawiają długotrwałe tkliwe nacieki, a wyniki... nie są wcale zachęcające. Nie da się zaprzeczyć, że spostrzega się przy tem leczeniu nieraz odczyn miejscowy, ale o wyleczeniach mowy niema. Przeciwko temu leczeniu przemawia zwłaszcza fakt, że nie można go stosować przy charłactwie i przerzutach w narządach wewnętrznych, a więc właśnie tam, gdzie byłoby najpotrzebniejsze. Czerny i Winckler nie są z tego środka zadowoleni. Zupełnie to samo odnosi się do leczenia toksynami Coleya, surowicą Doyena i autolizynami tkanek zarodkowych (Fichera).

Bergel zajmował się wpływem wstrzykiwań włóknika na raka. Próby leczenia nowotworów wstrzykiwaniem obcej krwi były już dawniej znane (Bier, Sticker), nie mogą wchodzić jednak w rachubę, bo wywołują rozpad krwinek i objawy toksyczne. Natomiast włóknik wywołuje łagodną sprawę zapalną, a jest środkiem zupełnie bezpiecznym, bo daje się wyjaławiać i dawkować. Powstający po wstrzyknięciu wał zapalny wpływa na wessanie nowotworu podobnie, jak np. sprawy zapalne zakaźne. Z litra krwi końskiej otrzymuje się 4 grm. włóknika, a wstrzykuje się 0,3 w zawiesinie w rozczynie soli, co odpowiada 75 grm. krwi. Wstrzykiwania są bolesne, ale próby leczenia, podjęte na psach dotkniętych rakiem, a potem na ludziach, wypadły podobno dodatnio. Miejscowy odczyn zapalny trwa kilka dni, poczem guz zaczyna się zmniejszać lub rozpadać.

Z innych środków, polecanych do leczenia nowotworów, wspomnę o zaczynach, jak trypsynie (Beard), karbenzymie (Falk, Sticker) i t. p. Składnikiem głównym wielu środków tajemnych przeciw rakowi jest kwas mrówkowy.

Miejscowo na zgorzelinowe owrzodzenia nowotworowe poleca Recamier opatrunek Horanda, t. j. zakraplanie dwa razy dnia na owrzodzenia po 3—10 kropli alkoholu amylowego. Oczyszczanie się wrzodu i zmniejszanie się bólu jest przytem nieraz bardzo wyraźne.

Prócz wyżej wspomnianych przypadłości, nowotwory często sprawiają pewne mechaniczne przeszkody; wtedy musimy przystępować do t. zw. operacyi łagodzących (paliatywnych), jak np. połączenia żołądka z jelitem, jelit między sobą, gastrostomii, jejunostomii, odbytu sztucznego itp. Ciekawą jest rzeczą, że czasem po tych operacyach spostrzegano zmniejszanie się, a nawet znikanie nowotworów, co prócz wpływów mechanicznych, jeszcze inne nam nie znane czynniki mieć musi za przyczynę.

Z powyższych danych dojść musimy do przekonania, że choć nie znamy jeszcze pewnego sposobu leczenia raków, nie nadających się do operacyi, to jednak wobec istnienia licznych sposobów łagodzących powinniśmy, o ile możności, próbować ich u takich chorych, t. j. ewentualnie skierowywać ich w odpowiednie ręce. Nawet nowotwory, nie nadające się do doszczętnej operacyi, powinny być obecnie, o ile możności, usuwane igłą Foresta z dodatkiem termopenetracyi ew. rentgenizowane, piorunowane lub leczone atoksylem. Bezwarunkowo zaś należy chorych przy czy po operacyi doszczętnej poddać jednej ze wspomnianych metod, celem zapobieżenia wczesnym nawrotom.

Piśmiennictwo. 1) Werner i Caan. Münch. med. Woch. 1911, Nr 11 i 23. — 2) Czerny. Münch. med. Woch. 1910, Nr 17. — 3) Richter. Münch. med. Woch. 1910, Nr 17. — 4) Werner i Caan. Münch. med. Woch. 1910, Nr 26—27. — 5) Caan. Münch. med. Woch. 1909, Nr 42. — 6) Winkler. Med. Klinik. 1909, Nr 44. — 7) Kijewski i Solman. Tow. lek. Warszawa. 30. VI. 1909. — 8) Bugiel. Nowiny lek. 1911, Nr 3, 4, 6. — 9) Bergel. Med. Klin. 1910, Nr 6. — 10) Blumenthal. Med. Klin. 1911,

Nr 30. — 11) Czerny i Caan. Münch. med. Woch. 1911, Nr 17. — 12) Müller. Münch. med. Woch. 1911, Nr 27. — 13) Recamier. II. międzynar. Zjazd w sprawie raka.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Blumenthal. **Chemoterapia nowotworów złośliwych aromatycznemi połączeniami arsenu.** (Mediz. Klinik 1911, Nr 50). Leczenie arszenikowe nowotworów, jedno z najstarszych (Egipt), wchodzi obecnie na nowo w zastowanie od czasu wprowadzenia nowych połączeń (atoksyl i salwarsan). B. stosuje to leczenie przy nowotworach złośliwych, wstrzykując zwykle 1—2 razy w tydzień po 1—2 cm³ rozczynu: »Rp. Atoxyl 1,0, Acid. arsenic. 0,02 (0,04), Aq. dest. 10,0«, podając równocześnie jod. Nie ulega wątpliwości, zdaniem autora, że istnieje pewna grupa nowotworów (tak raków, jak mięsaków), bardzo wrażliwych na arsen i znikających pod wpływem tego leczenia. Wrażliwe na arsen są zwłaszcza mięsaki kostne i guzy gruczołowe. Inni zalecają obecnie bardzo salwarsan; działać on ma zwłaszcza łagodząco na bole (Czerny). Wstrzykiwać przetwory arsenu można podskórnie, śródżylnie lub w sam nowotwór, o ile niema obawy krwotoku wewnętrznego, co wskutek rozpadu guza nieraz wydarzyć się może. Zdaniem autora powinno się stosować to leczenie także po operacyach doszczętnych na równi z rentgenizacyą celem zapobiegania nawrotom. K.

Nahmmacher. **Leczenie raka radem jako uzupełnienie leczenia chirurgicznego w przypadkach nadających się do operacyi i jako samoistny sposób leczenia przy schorzeniach nieoperacyjnych.** (Med. Klinik, 1911, Nr 41). Autor zapatruje się na leczenie radem bardzo optymistycznie. Ma ono, jego zdaniem, nad wszelkimi innymi sposobami łagodzącymi tę przewagę, że stosować je można w głębi, np. w kiszce stolcowej, pochwie, przełyku, lub w postaci wstrzykiwań. Badania drobnowidowe stwierdzają nieraz wybitne działanie w postaci tworzenia się bliznowatej tkanki wśród ognisk nowotworowych. Stosowanie radu, choćby nie zapewniało wyleczenia, to jednak w wielu przypadkach czyni przypadki, nie nadające się zrazu do operacyi, zdatnymi do operacyi, a ewentualnie zatrzymuje sprawę na pewnym stopniu, np. gdy operacyę odkładać musimy. Wstrzykiwania emanacyi są niebolesne. Leczenie radem uzupełnia także, zdaniem autora, leczenie operacyjne, na dowód czego przytacza autor swoją statystykę, wykazującą o wiele lepsze trwałe wyniki w przypadkach operowanych i leczonych odrazu radem, niż w przypadkach tylko operowanych, choćby najdoszczętniej. W rakowcach (kankroidach) twarzy osiąga się zapomocą radu 93·5% wyleczeń. Leczenie radem oddaje cenne usługi także przy bólach, owrzodzeniach i krwotokach w przypadkach nowotworów, nie nadających się do operacyi. K.

Czerny i Caan. **O leczeniu nowotworów złośliwych substancyami promieniotwórczemi, w szczególności zapomocą aktinium.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 34). Wprawdzie dotychczasowe wyniki leczenia radem nie są zbyt zachęcające, z drugiej jednak strony nie można im odmówić wartości i dlatego wszelkie dalsze próby na tem polu są pożądane. W leczeniu radem na przeszkodzie stoi wysoka jego cena, a przez to mała ilość radu, jaką można rozporządzać i z tego powodu zaczęto w domu samarytańskim w Heidelbergu stosować aktinium, które jest znacznie tańsze, bo gram kosztuje 60 marek, tak że jedno wstrzyknięcie 0·01 wypada na 60 fenigów. Aktinium przedstawia się jako bronzowo-czerwony proszek, wstrzykuje się go jako zawiesinę w soli kuchennej. Emanacya aktinium jest silna i znacznie trwalsza od radowej. Przetwory aktinium wysyłają również α, β i γ promienie. Aktinium stosowano dotąd w 20 przypadkach nawrotów lub nowotworów, nie nadających się już do operacyi. Wyniki były podobne, jak przy leczeniu radem t. j. niekiedy znaczne polepszenie, równające się wyleczeniu, a bardzo często ulga w cierpieniu w postaci podgajania się owrzodzeń i poprawy stanu ogólnego. Ze względu na niższą cenę aktinium doświadczenia te będą mogły być prowadzone dalej na szerszą skalę. K.

Czerny. **O leczeniu raków.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 36). Chociaż nóż pozostanie bezwarunkowo jednym z najlepszych czynników w walce z rakiem, to jednak nie jest on jeszcze alfą i omegą w leczeniu. Znamy już przypadki samowyleczenia nowotworów. Odbywa się ono zapomocą niejako zbliznowacenia nowotworu, albo też rozpłynięcia się obumierających jego tkanek. Nasze sposoby leczenia nowotworów naśladują właśnie te zjawiska. Pod wpływem promieni x znikają nieraz różne mięsaki. Istnieją jednak nowotwory zupełnie odporne, a nawet pod wpływem rentgenizacyi szybciej rosnące. Tosamo odnosi się do radu, który ma tę dobrą stronę, że można go stosować przy sprawach głębszych w postaci wstrzykiwań, kapsułek itp. Niezłe wyniki oddaje chemoterapia, zwłaszcza salwarsan, szczególniej co do łagodzenia bolów. Stosuje się 2—3 razy z przerwami po 2—3 tygodni 0·3 tego środka. Do usuwania tkanek nowotworowych poleca Czerny igłę Foresta ew. po usunięciu guza fulguracyę, lub diatermię. Działanie piorunowania jest zwykle przemijające. ale otrzymuje się przy tem ulgę w cierpieniach. K.

Werner i Caan. **O wartości kombinacyi leczenia nowotworów złośliwych promieniami Röntgena i prądami o silnem napięciu.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 36). Autorzy zalecają powyższą kombinacyę, zachwalaną przez Müllera, albowiem dozwala ona zwiększać znacznie dawki rentgenowskie, czyniąc zdaje się okoliczne tkanki odporniejszemi na promienie x. W ten sposób działają jednak prądy silne, natomiast słabe właśnie zmiejszają odporność tkanek okolicznych. K.

Becker. **O przemijających cukromoczach przy sprawach ropnych.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 39). B. (z oddziału Sicka w Hamburgu-Eppendorf) przytacza 19 przypadków spraw ropnych, w których spostrzegano przemijający cukromocz. Chodziło zawsze o zakażenia ciężkie; cukier (w ilości 0,4—3%) znikał zaraz po nacięciu, ewentualnie w 3—6 dni. Uwagę na te zjawiska zwrócił Sick, który spostrzegał raz w przypadku ciągle tworzących się czyraków przy tworzeniu się każdego czyraka cukier w moczu i stałe jego znikanie po nacięciu nacieku. Chory ów zupełnie nie był dotknięty cukrzycą i po wyzdrowieniu z czyraków nigdy już cukru w moczu nie miał. Chorzy tacy są wogóle mało odporni na cukier tak, że nieraz można u nich wywołać cukromocz trawienny przez obfite podawanie węglowodanów. Podobnie dzieje się czasem u gorączkujących, jak to wykazał Poll, de Campagnolle i Bleiweis. Na gojenie, w odróżnieniu od cukrzycy, cukromocz ten nie wywiera złego wpływu; nie należy też, spotkawszy po raz pierwszy cukier w moczu przy sprawach ropnych, od razu myśleć o cukrzycy. K.

Pussep. **Wycięcie zwoju Gassera przy nerwobólu n. trójdzielnego z zastosowaniem oświetlenia jamy operacyjnej.** (Russk. Wracz. 1911, Nr 35). Jak wiadomo, nerwoból n. trójdzielnego, nie ustępujący ogólnym zabiegom leczniczym, ani wstrzykiwaniom wyskoku w pnie nerwowe, wymaga ostatecznie usunięcia zwoju Gassera. Operacya ta należy do poważniejszych i daje według obliczeń Krausego, Lexera i innych — od 10—15% wyników śmiertelnych. W wielu przypadkach przyczyną zejścia śmiertelnego był wstrząs, który P. stara się wytłómaczyć tem, że chirurg, chcąc dobrze widzieć tkanki na dnie głębokiej rany, rozciąga możliwie szeroko jej brzegi i tem uciska mózg. P. zastosował oświetlenie jamy operacyjnej wziernikiem pęche-

rzowym. Brzegów rany nie potrzebował rozszerzać i z powodzeniem usunął po kawałku chorobowo zmieniony zwój Gassera, przyrośnięty do kości i opon. Ostateczny wynik operacyi zupełnie pomyślny. M. Łażyński.

Elschnig. **Następstwa podwiązania tętnicy szyjnej w układzie naczyniowym siatkówki.** (Med. Klinik, 1911, Nr 39). Nieliczne są dotąd opisy bezpośredniego wpływu podwiązania tętnicy szyjnej na siatkówkę. Uhthoff badał bezpośrednio po podwiązaniu siatkówkę i znalazł tylko przemijające zblednięcie brodawki i przejściowe zwężenie naczyń siatkówki. Również badania tonometryczne nie wykazały wielkich różnic w ciśnieniu śródocznem po podwiązaniu tętnicy szyjnej. Badania autora są o tyle ciekawe, że dokonał ich właśnie w chwili samego podwiązywania, znając już przedtem dokładnie dno oka. Otóż podczas podwiązywania nie zauważył E. wcale zmiany barwy barwy brodawki, a jedynie ustało tylko lokomotoryczne tętnienie przy tym samym kalibrze naczyń. Dodać tu jednak należy, że przedtem stosowano w tym przypadku systematyczny ucisk celem przyzwyczajania ustroju do podwiązania tętnicy. K.

Mann. **Technika wyłuszczania migdałków.** (Klin. therap Woch. 1911, Nr 38). W cięższych przypadkach jedynie doszczętne wyłuszczenie migdałka jest racyonalnem postępowaniem. Autor wykonuje je zawsze w znieczuleniu miejscowem. Najpierw pędzluje migdałek i okolicę 20% kokainą z adrenaliną, a po trzech minutach zakłada automatyczną szpatułkę językową Asha, migdałek podciąga haczykiem ku środkowi i znieczula dobrze wokoło, wstrzykując 10% nowokainę. Potem wyjmuje się szpatułkę i zostawia operowanego w spokoju 10 minut. Właściwe zaś wyłuszczenie odbywa się łatwo w sposób następujący. Po założeniu na nowo szpatułki nacięcie nożem przedniego brzegu łuku podniebiennego aż do torebki, odpreparowanie torebki, przyczem w górze trzeba zwykle dwa naczyńka okłuć. W środku łoża migdałka są również naczynia, a od dołu zwykle splot żył. Krwotok należy tamować skrupulatnie. Wyłuszczenie udaje się zwykle ógółem łatwo. O ile operowany jest spokojny, można operować obustronnie; zwykle jednak drugi migdałek wycina się dopiero po 8 dniach. W pierwszych dniach po operacyi występuje nieraz gorączka i obrzęk gruczołów szyjnych. Potem ciepłota spada i czasem znowu podnosi się dość wysoko z dreszczami na jakie 3 dni, a czasem opada zwolna. Wynik ostateczny tego zabiegu bywa miejscowo i ogólnie (gościec, zapalenie gardła. powikłania ogólne) znakomity. K.

Choroby gardła, krtani, uszu i nosa.

A. Ephraim. **Leczenie miejscowe dychawicy oskrzelowej.** (Archiw Fränkla Tom XXIV., str. 65). Ponieważ objawy dychawicy oskrzelowej polegają z jednej strony na zmianach naczynio-ruchowych w śluzówce, z drugiej na skurczu oskrzeli, należało działać na pierwsze zapomocą wywołania niedokrwienia, na drugie znieczulająco. By jednak połączenie leku, odpowiadające obu celom, jakiem jest rozczyn: nowokainy 0·2—0·3, suprareniny (1:1000) 1·0, soli kuch. 0·08 na 10·0 wody, dokładnie doprowadzić do najdrobniejsrych rozgałęzień oskrzeli, podał autor giętki rozpylacz oskrzelowy. Jest to rurka elastyczna, około 45 ctm. długa, o przekroju 6·5 mm., wewnątrz której znajduje się cienki dren, służący jako rurka ssąca. By przyrządowi nadać odpowiednią krzywiznę, potrzebną do przejścia głośni, konieczną jest rurka przewodnia w kształcie jakby metalowego rozkładanego cewnika. Rurka elastyczna ma podziałkę centymetrową, tak iż w każdej chwili możemy określić odległość jej końca od zębów. Rozpylacz ten łączy się zamknięciem bagnetowem z naczyńkiem, mającem 15 gramów objętości, opatrzonem podziałką. Ilość zużytego płynu wynosi 10—15 ctm. Poprzednio znieczulamy krtań i rurkę przewodnią zakładamy do krtani pod kontrolą lusterka krtaniowego, by następnie przez nią przesunąć giętką rurkę rozpylacza. Gdy rozpylacz przejdzie głośnię, usuwa się cewnik metalowy, służący jako przewodnik, a rozpylacz wsuwa się do głębi tchawicy, by następnie przez odpowiednie nachylenie górnej połowy ciała dostać się w prawe, względnie lewe oskrzele. Aby rurkę rozpylacza uchronić od ucisku przez zęby, zaleca się niezupełny pierścień metalowy, który kładzie się między zęby, tak iż rurka przechodzi przez pierścień. W wyjątkowych razach, tam, gdzie wprowadzenie rozpylacza się nie udaje, musimy uciekać się do użycia rury oskrzelowej. Wynik sposobu, zastosowanego przez autora, w przeważnej ilości przypadków był wybitny, nawet nieraz z wynikiem trwałym; niekiedy należało zabieg powtórzyć. A. B.

Trautmann. **Wole pozapołykowe.** (Archiw Fränkla Tom XXV., str. 73). Kilkoletnia obserwacya autora, oparta na zdjęciach rentgenowskich, odznacza się wśród nielicznych przypadków, ogłoszonych w literaturze, tem, iż wole tworzyło tu guz odosobniony na tylnej ścianie gardła, przypierający do nagłośni. Guz ten nie był więc wypukleniem się wola ku światłu gardła i nie miał wogóle żadnego połączenia z gruczołem tarczowym badanego, przedstawiającym się zresztą prawidłowo. Ważną jest więc znajomość istnienia wola, który w postaci guza znajdować się może na tylnej ścianie gardła, choć przypadki te są bez porównania rzadsze, aniżeli wole w postaci guza odosobnionego na korzeniu języka. W określeniu przyrody guza, znajdującego się na tylnej ścianie gardła, wypadnie uwzględnić też możliwość guza o budowie gruczołu tarczowego, który to guz może być wogóle jedynem utkaniem tego rodzaju w całym ustroju, co dla ewentualnego zabiegu chirurgicznego nie będzie bez znaczenia. A. B.

Eicken. **Nowe postępowanie celem usunięcia zwężenia kanału nosowo-łzowego.** (XVII. Zjazd Tow. niem. laryngologów). Autor zaleca założenie przetoki kanału nosowo-łzowego do jamy szczękowej, a zabieg ten ma znaczną wyższość przed podobnym zabiegiem śródnosowym, ponieważ łatwiej go wykonać i daje pewniejszy wynik. W znieczuleniu miejscowem otwiera się od zewnątrz jamę szczękową i odsłania się najpierw boczne kostne ograniczenie kanału nosowo-łzowego, okazujące się jako wyraźne wypuklenie. Potem podobnie odsłania się dolną część wewnętrznej ściany kanału, składającej się częściowo z kości, a w części ze śluzówki jamy nosowej. W ten sposób można odsłonić cały kanał, aż do przejścia jego w woreczek łzowy; czasami zachodzi potrzeba częściowego oddłutowania wyrostka czołowego szczęki górnej. Obecnie już tylko błoniasty kanał można otworzyć na jego wewnętrznej lub bocznej powierzchni, i w części, albo w całości wyciąć. By łzy z jamy szczękowej miały swobodny odpływ do jamy nosowej, robi się równocześnie, zaraz z początku zabiegu, szeroki otwór do dolnego przewodu nosowego. A. B.

Oppikofer. **O torbielach korzenia zębowego.** (Archiw Fränkla Tom XIV., str. 45). Torbiel korzenia zębowego powstaje ze ziarniniaka korzenia w następstwie próchnienia zęba. O przyczynie przeistoczenia się ziarniniaka w torbiel nic nie wiemy, a zbieranie się treści w torbieli tłómaczyć sobie należy gromadzeniem się przesięku zapalnego. Ewentualnie taka torbiel może się rozwijać w szczęce już po wypadnięciu zęba, względnie po jego wyjęciu, nawet po upływie szeregu lat. Innym rodzajem torbieli jest tak zwana torbiel mieszkowa, której powstanie należy odnieść do zaburzenia w rozwoju zęba, i to prawie zawsze w czasie drugiego zębowania; w tej torbieli znajdziemy też brakujący ząb, czy zęby. Torbiele szczękowe tworzą się najczęściej w szczęce górnej, a tylko wyjątkowo w szczęce dolnej. Torbiele szczęki górnej odgradza od jamy szczękowej prawie zawsze choćby cienka warstwa kości nowo wytworzonej przez osteoblasty. Powstawać

mogą też przetoki do jamy nosowej dołu kłowego szczęki i jamy ust, a nigdy do nosowej jamy szczękowej, choć może być brak zupełny warstwy kostnej, oddzielającej torbiel od jamy szczękowej.

Jako drogę operacyjną zaleca autor (w znieczuleniu kokainowem) drogę przez dół kłowy szczęki z wyłuszczeniem ściany torbicli i lekkiem tamponowaniem jamy. A. B.

Sobernheim i Blitz. **W sprawie pierwotnej utajonej gruźlicy migdałka gardłowego.** (Archiw Fränkla Tom XXV., str. 121). Głównie na podstawie szczepień Pirqueta, a także badań preparatów z antyforminy, które nawet u podejrzanych co do gruźlicy okazywały się zawsze wolne od bakteryi, przychylają się autorowie do zapatrywań większości, iż przerost migdałka gardłowego niema nic wspólnego z gruźlicą i zaprzeczają zupełnie istnieniu utajonej pierwotnej gruźlicy migdałka gardłowego. Jeżeli więc z jakichkolwiek powodów uznajemy za wskazane usunięcie przerosłego migdałka, to nigdy z rzekomego wskazania usunięcia utajonego ogniska gruźliczego. A. B.

Hölscher. **O zwężeniu górnych dróg oddechowych przy wolu.** (Archiw Fränkla Tom XXV., str. 187). Autor zaleca operowanie tylko w uśpieniu ogólnem — (skopolamina — morfina — eter), a nie w znieczuleniu miejscowem, by właśnie umożliwić szybki i spokojny zabieg, a zwłaszcza w ciężkich przypadkach oszczędzić operowanym nieuniknionego wzruszenia i lęku, przy uwolnieniu wola od krtani i tchawicy. Uśpienie wspomniane uważa autor za idealne i posługuje się niem przy wszystkich operacyach od lat trzech. Uśpień wogóle dokonał przeszło 700. A. B.

Dermatologia i syfilidologia.

Marcus. **Leczenie rtęcią, a odczyn Wassermanna.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 107). Przytoczywszy szereg historyi chorób, tablic graficznych, statystyk, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Przy klinicznie podejrzanych, jednak niepewnych naciekach kiłowych pierwotnych, gdzie i mikroskop nie wykazał krętka bladego, wynik odczynu Wassermanna dodatni jest wskazaniem do podjęcia leczenia swoistego. 2) Przy leczeniu kiły świeżej (w pierwszych latach) nie powinno się dać uwodzić ujemnemu odczynowi Wassermanna, ale leczyć chorego w dalszym ciągu przewlekle, jak to czyniono, nieznając jeszcze odczynu Wassermanna, gdyż w przeciwnym razie rokowanie na przyszłość co do nawrotów choroby będzie niepomyślne. 3) Odczyn dodatni w kile utajonej należy uważać za objaw kiły i chorego leczyć. 4) Odczyn ujemny ma pewne znaczenie dopiero w kile trwającej już szereg lat, jeśli uwzględnimy przytem czas trwania choroby, jej przebieg, przebyte leczenie i t. d. A. W. Weber.

Hoehne i Kalb. **Badania porównawcze oryginalnej metody Wassermanna z innemi będącemi w użyciu.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 104, 1911). Szereg doświadczeń porównawczych, dotyczących metody Wassermanna z jednej strony, a Bauera, Sterna, Hechta i Dungerna z drugiej, doprowadziły autorów do wniosków, iż oryginalna metoda Wassermanna jest najpewniejszą, chociaż przy kile nie zawsze daje wynik dodatni. Metody uproszczone nie są pewne o tyle, że chociaż w kile utajonej dają większy odsetek wyników dodatnich, aniżeli próba Wassermanna, to jednak dają czasem również wynik dodatni u osób, które nigdy kiły nie przechodziły. A. L Weber.

Feuerstein. **O odczynie Wassermanna przy liszaju rumieniowym ostrym** (lupus erythematodes acutus). (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 104, 1911). Autor przytacza z piśmiennictwa trzy przypadki liszaja rumieniowego ostrego, w których odczyn Wassermanna był dodatni. W przypadku tegoż samego cierpienia, spostrzeganym przez autora, surowica dała również wynik dodatni, i to trzykrotnie. Autor nie sądzi, jakoby odczyn ten był swoisty dla powyższego cierpienia, lecz przypuszcza, że odczyn powstaje wskutek zmian w surowicy krwi, wywołanych długotrwałem podniesieniem ciepłoty. A. W. Weber.

Bergrath. **Zmiany kiłowe w stawach.** (Archiv fur Derm. u. Syph. T. 104, 1911). Pracę autora ilustrują dwa zdjęcia fotograficzne, wykonane przy pomocy promieni Roentgena. Jedno z nich przedstawia łokieć, drugie kolano osób. cierpiących na kiłę wrodzoną. Stawy są silnie zmienione z jednej strony sprawą rozpadową, z drugiej bujaniem okostnej. W danych przypadkach mimo ogromnych zmian anatomicznych ruchy w stawach były stosunkowo dość znaczne i prawie bezbolesne, co jest znamieniem kiłowych zmian w stawach. H. L. Weber.

Holmgren. **Nowy sposób wykrywania jodu w moczu.** (Archiv für Derm. u. Syph. T. 106). H. podaje bardzo dogodny sposób wykrycia jodu w moczu. Na kawałek bibuły białej puszcza 3 krople 3% rozczynu wody utlenionej, następnie w to samo miejsce dwie krople 25% rozczynu kwasu solnego; wreszcie kropelkę badanego moczu w środek zwilżonej bibuły. Na granicy owej kropelki wytworzy się w razie obecności jodu w moczu niebieski pierścień. Odczyn ten występuje natychmiast, w razie zaś bardzo małych ilości jodu po kilku sekundach, a wykrywa jod jeszcze w rozcieńczeniu 1 na 10.000. Odczyn ten daje również sama woda utleniona + mocz, lub sam kwas solny + mocz, jednakże nie jest on wtedy już tak czuły. H. L. Weber.

1) Rost. **Rzadkie powikłania wiewióra: wysypki cechujące się przerostem naskórka i zapalenie wielu stawów z następowem zesztywnieniem.** (Derm. Zeitschr. 1911, Z. III.). 2) Arning i Meyer-Delius. **W sprawie wysypek wiewiórowych znamionujących się przerostem naskórka.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 108, 1911). Na końcu swej pracy streszcza ją Rost w sposób następujący: »Wysypki, znamionujące się przerostem naskórka, a których przyczyną jest wiewiór, są rzadkie. Występują prawie zawsze z dość ciężkimi objawami zapalenia wielu stawów z przebiegiem podostrym, które może się skończyć zesztywnieniem stawów. Do tych zmian mogą dołączyć się ciężkie schorzenia ogólne, jak charłactwo, nerwobóle i zaniki mięśni. Powyższym zmianom nie towarzyszy zawsze wiewiór ostry, czy podostry, a wywołać je może nawet wiewiór przyczajony«.

Arning pisze: »Istnieje pewien rodzaj objawów ogólnych z podkładem wiewiórowym, znamionujący się podostrem zapaleniem wielu stawów, które jednak do zesztywnień nie wiedzie, a łączy się zawsze z charakterystycznem zapaleniem spojówek. Do objawów tych przyłączyć się mogą pewne zmiany w skórze, cechujące się przerostem naskórka. Zmiany te, które zaczynają się drobnymi pęcherzykami, a przekształcają następnie w twarde guzki, występują najczęściej na żołędzi prącia, rzadziej na stopach i rękach, lub gdziekolwiekbądź indziej na skórze«.

W obu pracach podają autorowie po kilka historyi chorób. H. L. Weber.

Higiena.

Prof. Gärtner. **Bakterya okrężnicowa jako wskaźnik kałowego zanieczyszczenia wody.** (Zeitschr. f. Hygiene 1910, T. 67). Dawniej przy ocenie wody przypisywano zbyt wielkie znaczenie t. zw. liczbom granicznym przy poszczególnych składnikach chemicznych, obecnie przecenia się przy opiniach obecność bakteryi okrężnicowych — dzieje się to zwłaszcza w Anglii i Ameryce, ale i niewiele mniej i w Niemczech. Określenie bakteryi, pojawiającej się pod tą nazwą, nie jest dostatecznie ścisłe, a po części i dowolne, obejmuje bowiem grupę gatunków pokrewnych, nie stanowiących jednak całości, bakteryi pojawiających się w przewodzie pokarmowym człowieka i zwierząt. Laseczka krótka, gruba, prosta o końcach zaokrąglonych, w pewnych

razach ruchliwa, nie zarodnikująca, odbarwiająca się Grammem, nie rozpuszczająca żelatyny, rozkładająca przy 37° cukier gronowy przy wytworzeniu kwasu i gazu, uchodzi za postać typową, która jako własności niestałe objawiać może krzepnięcie mleka, rozkład cukru mlecznego, odbarwianie czerwieni obojętnej na barwik żółtawy, oraz wytwarzanie indolu z peptonu. Brak jednej z ostatnich własności nadaje bakteryi własność nietypowości. Zdaniem G. i ostatnim odmianom, napotykanym w przewodzie pokarmowym, należy przy ocenie wody przyznać równe znaczenie, jak rasom typowym. O wiele mniej, niż przewód pokarmowy ludzki, zawiera bakteryi okrężnicy, przewód zwierzęcy, i to w stosunku prostym do rozwoju, na jakim pozostaje. — Rozpowszechnienie omawianej bakteryi zależy od stopnia ruchu ludzi w ziemi uprawnej, na ulicach i placach miejscowości napotyka się go zawsze, w miarę zmniejszenia się ruchu i kultury jest go coraz mniej, nie rozmnaża się w ziemi i wodzie, chyba tylko przejściowo podczas bardzo dogodnych warunków, znika początkowo w nich szybko, później wolniej, obumierając, w ziemi może przetrwać przeszło rok, w wodzie kilka miesięcy. Z obecności poszczególnych bakteryi nie można wnosić o świeżem zanieczyszczeniu, lecz jedynie na podstawie większej ich ilości. Omawiając sposoby stwierdzania bakteryi w wodzie dowodzi przykładami, jak trudno nieraz ocenić ilościowo obecność ich w wodzie, w każdym zaś razie obstaje za stwierdzaniem za pośrednictwem kultur własności wydzielonych z wody gatunków. Stwierdzenie bakteryi okrężnicowych w wodzie, — czy to dodatnie, czy ujemne — nie daje — zdaniem autora — obrazu o istniejącem, grożącem, zanieczyszczeniu kałowem zaopatrzenia wodonośnego, nie daje również podstawy do wykluczenia tegoż niebezpieczeństwa, o ile nie jest poparte oględzinami miejscowemi całego urządzenia. Badanie takie umożliwia kontrolę stopnia zanieczyszczenia wód powierzchownych, pozwala na stwierdzenie, czy i gdzie zanieczyszczoną jest rzeka przez znaczną lub małą ilość ścieków, które to pytania mają znaczenie dla miejsca poboru wody, lub przy zakładaniu kąpieli rzecznych. Wobec źródeł, pobierających wodę ze znaczniejszego obszaru, badanie takie wskaże, czy woda przesącza się dostatecznie dobrze, wobec wodociągów gruntowych dla oceny filtracyi w gruncie niema wartości większej, niż zwykłe badania, stosowane od dawna. Dla oceny wody ze studzien zwyczajnych może być niejednokrotnie pominięte, ale nieraz daje bardzo cenne wskazówki Na wartość oględzin miejscowych, nadających wynikom badania chemicznego, jak również bakteryologicznego i wysnuwanym stąd wnioskom dopiero właściwą wagę i znaczenie, zwraca autor uwagę bardzo dobitnie. L. Bier.

Grimm i Weldert. **Wyjaławianie wody zapomocą promieni ultrafijołkowych.** (Mitteil. d. königl. Prufungsanstalt für Wasserversorgung und Abwasserreinigung. Tom 14, 1911). Do doświadczeń swych używali autorowie lampy kwarcowo-rtęciowej Towarzystwa dla wyrobu lamp kwarcowych w Hanau, o długości włókna świetlnego 6 cm, sile świetlnej około 1200 świec; napięcie elektryczne, przy którem lampa ta pracowała, dochodzi najwyżej do 35 Volt. Wodę czystą, zawierającą niewiele bakteryi, udawało się autorom wyjaławiać w ilości 0,55 m³ na godzinę, natomiast wodę klarowaną, lecz obfitującą w bakterye, tylko w ilości 0,45 m³, przyczem dla wyniku obojętnym był rodzaj bakteryi — wodne, czy sztucznie dodane okrężnicowe. Zmętnienie wody, nawet niewielkiego stopnia, daje wyniki niepewne, przy zmętnieniu znaczniejszem nie udawało się zabić bakteryi w granicach zbliżonych do warunków, z jakimi w praktyce liczyć się trzeba. Wielką przeszkodę dla wyjaławiania stanowiło również żółte zabarwienie wody przez kolloidy — woda z torfów — i to nawet przy lekkiem zabarwieniu. Z wyjątkiem lekkiego ogrzania o kilka dziesiętnych stopnia sterylizacya promieniami ultrafijołkowymi nie powoduje w wodzie żadnych zmian fizycznochemicznych. Dopiero przy dłuższem naświetleniu następuje silne ogrzanie, oraz zaznaczają się pewne przemiany chemiczne. Koszta badanej sterylizacyi, obliczone na podstawie dokonanych doświadczeń, są stosunkowo bardzo znaczne i nie wytrzymują porównania z wydatkami na czyszczenie wody, stosowane na wielką skalę innymi sposobami. L. Bier.

Schwarz i Aumann. **Oddziaływanie promieni ultrafijołkowych na wodę do picia, (część pierwsza i druga).** (Zeitschr f. Hygiene, T. 69, str. 1 i 68, 1911). Do doświadczeń swych używali autorowie w części pierwszej lampy Towarzystwa kwarcowego w Hanau, w doświadczeniach dalszych lampy towarzystwa Westinghouse-Cooper-Hewitt, z których pierwsza — typ U — wymagała 4 Amperów i 100—120 Volt, druga $3^1/_2$ do 4 Amperów i 110 Volt, zaś na początku działania przez 20 minut tylko 75 Volt napięcia. Pierwsza już po bardzo krótkiem działaniu zmniejsza ilość bakteryi w wodzie nawet bardzo w nie obfitującej, przyczem i zarodniki bakteryi w tym samym stopniu giną, jak wegetatywne postacie bakteryi. Przy zastosowaniu lampy Westinghouse-Cooper otrzymano w ciągu 1. godz. 600 l. wody zupełnie jałowej, o ile użyto do sterylizacyi wody czystej i nieprzeładowanej bakteryami do 2000 w 1 cm — a lampa paliła się bez zarzutu. Wynik sterylizacyi zależy zatem od zupełnej przejrzystości wody, ilości zawartych w niej bakteryi, nadto od czasu, oraz dokładnego wymieszania wody podczas naświetlenia. Chcąc wyjałowić wodę obfitującą bardzo w bakterye lub mętną, należy ją przed naświetleniem poddać wstępnym sposobom czyszczenia. Koszt sterylizacyi promieniami ultrafijołkowymi przy zastosowaniu lampy Westinghouse-Cooper wypada przy cenie prądu 20 fenigów za kilowatgodzinę dla 1 m³ wody 12,8 feniga, w czem jednak nie są wliczone koszta lampy i jej instalacyi, oraz poza ceną prądu inne koszta ruchu. Ponieważ konstrukcye lamp omawianych co do warunków łatwego i gruntownego czyszczenia całego przyrządu nie są dostateczne, technika w tym kierunku winna je udoskonalić. Lampa Westinghouse-Cooper nie daje zawsze wody dostatecznie naświetlonej, a tem samem sterylizowanej, należy przeto przy zastosowaniu jej do zaopatrzenia wodociągowego urządzać automatycznie czynne wentyle, które zapobiegną wydostawaniu się z przyrządu wody niezupełnie wyjałowionej. L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 21. VI. 1911.

Przewodniczący kol. Prof. Cybulski. — Członków obecnych 38.

1) Na wniosek Zarządu (referent kol. Ciechanowski) przyjęto listę członków honorowych krak. Tow. lekarskiego, mianowanych przy sposobności 50-lecia »Przeglądu lekarskiego«. Na członka czynnego przyjęto jednomyślnie kol. Dr Szczepana Kruczka.

2) Do komitetu, mającego zająć się przeprowadzeniem wyborów do Izby lek. zach galic. wybrano kolegów: Prof. Ciechanowskiego i Dr Weinsberga.

6) Kol. Prof. Kader przedstawia a) chorego **postrzelonego** niegdyś zbliska w klatkę piersiową z przodu, **w okolicy serca.** Stwierdzono krwotok do jamy opłucnej, otwarto ją cięciem wzdłuż mostka i czasowem wycięciem 2 żeber. Wygarnięto do $1^1/_2$ litra krwi. W szczycie płuca znaleziono twardy guzek, który okazał się stwardniałem ogniskiem gruźliczem; podwiązano draśniętą i silnie broczącą lewą tętnicę płucną. W dole z tyłu namacano pocisk. Po nacięciu skóry z tyłu klatki piersiowej, wydobyto tamtędy kulkę. Chory ma się dobrze, oddycha prawem płucem; b) przed-

stawia powtórnie dwunastoletniego chłopaka **z porażeniem rdzeniowem** (poliomyelitis anterior), u którego zastąpiono porażone mięśnie zdrowymi; c) chorą z dużym **guzem goleni**, wychodzącym z kości piszczelowej i przechodzącym na strzałkową; wyłuszczono kość strzałkową, wycięto $^{9}/_{10}$ kości goleniowej; d) okaz anatomiczny **wrzodu żołądka**, zrośniętego z przednią ścianą brzucha, z przebiciem wrzodu; wycięto bardzo znaczną część żołądka, resztę zeszyto; e) chorego z guzami w okolicy jelita grubego wstępującego. Objawy lekkiego zwężenia jelita. Wśród operacyi stwierdzono, że guzy wychodziły z krezki i były pozrastane na niewielkiej przestrzeni z jelitem grubem wstępującem. Gruczoły krezkowe zmienione gruźliczo.

4) Kol. Prof. Reiss przedstawia chorego z guzkiem na napletku; nadto chorą z guzkiem na wardze ust. Odczyn Wassermanna słabo dodatni

5) Kol. Radliński przedstawia chorą **z rakiem obydwóch warg** ustnych i policzka.

W dyskusyi nad przypadkiem porażenia rdzeniowego zaznacza kol. Prof. Chlumsky, iż przyrządy ortopedyczne są korzystniejsze od plastyki.

Sekr. doroczny: Dr Grzybowski

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 2. V. 1911.

1) Władysław Stankiewicz przedstawił: a) 57-letniego mężczyznę, wyleczonego z **międzypłatowego zapalenia opłucnej;** b) chorego z **tętniakiem aorty**, niszczącym mostek i tworzącym guz wielkości pięści, tętniący, nie sprawiający jednak żadnych bólów.

2) Pankiewicz przedstawił preparat anatomiczny **krwiaka śródściennego** (aneurysma dissecans) **aorty**. Chory leżał w szpitalu z rozpoznaniem śródmiąższowego zapalenia nerek. Po wstrzyknięciu 600 cm³ rozczynu fizyologicznego soli chory nagle zmarł.

3) Gliński: **O teoryach, dotyczących pojmowania istoty białaczki.** Prelegent streszcza poglądy obcych i polskich badaczy na istotę białaczki od czasu wykrycia jej przez Virchowa do chwili obecnej, a w końcu podaje wnioski statystyczne z zestawienia materyału białaczkowego, zebranego z polskiego piśmiennictwa i obserwacyi na oddziale Dra Chełchowskiego.

W dyskusyi opisuje Klein cechy, odróżniające myeloblasty od limfoblastów, oraz zaznacza, że co się tyczy istoty białaczki, to na zasadzie swego doświadczenia skłonniejszy jest uważać białaczkę za sprawę nowotworową »sui generis«.

4) M. Jastrzębski: **W sprawie odczynu Wassermanna.** Chcąc zmniejszyć liczbę błędów, mogących się zdarzyć przy wykonywaniu próby Wassermanna, proponuje prelegent jednocześnie z próbą Wassermanna robić próbę Bauera, która nie wymaga dodawania sztucznego amboceptora. Połączenie tych dwu prób pozwala bez straty czasu w każdym przypadku dać właściwą odpowiedź, albowiem, jeżeli badana surowica ma własny amboceptor hemolityczny, to wtedy dostarczy wskazówek odczyn Bauera, a jeżeli niema, to Wassermanna. Na 100 prób dokonanych, prelegent miał 12 przypadków, gdzie odczyn Wassermanna był ujemny (z powodu nadmiaru amboceptora), a odczyn Bauera dodatni.

W dyskusyi zaznacza Wojciechowski, że w szpitalu św. Łazarza bada surowice najpierw sposobem Hechta, następnie zaś podług przepisu Wassermanna i Bauera. — Al. Żurakowski zwraca uwagę jeszcze na jedno źródło pomyłek, a mianowicie, jeżeli amboceptor króliczy jest bardzo energiczny, a źle mianowany, to może nastąpić odchylenie komplementu nie w sensie Bordet-Gengou, ale w sensie Neissera. — Rozenberg zaznacza, że przyczyną zahamowania w niektórych surowicach przy próbie Bauera mogła być ta okoliczność, że prelegent stale brał 0 2 surowicy, a ilość ta jest często najmniejszą, t. j. pojedynczą dawką hemolityczną, gdy tymczasem w próbie Wassermanna stosujemy co najmniej podwójną dawkę.

Posiedzenie kliniczne dnia 16. V. 1911.

1) Świętochowski przedstawił chorego z miejscową **martwicą po wstrzyknięciu salwarsanu**

2) Prezes Gajkiewicz przedstawił 37-letniego chorego dotkniętego typową, daleko posuniętą **spondylosis rhizomelica.**

3) Rzętkowski: **W sprawie wpływu salwarsanu na ustrój ludzki.** Jako przyczynek do nauki o wpływie salwarsanu na ustrój ludzki, wypowiada R. słów kilka na zasadzie wyników swych badań w 3 przypadkach przymiotu mózgowo-rdzeniowego, w których stosował salwarsan. R. badał szczegółowo ciśnienie tętnicze, wydzielanie nerkowe, oraz skład krwi. Dochodzi do wniosku, że po wstrzyknięciu »606« powstaje stan zatrucia, zbliżony do stanu zakażenia, nie sądzi jednak, aby salwarsan posiadał jakiś wybitny organotropizm o charakterze zabójczym.

W dyskusyi zaznacza Trzciński, że »606«, wstrzyknięty podskórnie, działa zupełnie inaczej, niż zastosowany wśródżylnie. Mówca jest zwolennikiem stosowania salwarsanu wśródżylnie. — Wojciechowski zaznacza, że jego spostrzeżenia co do zachowania się moczu przy stosowaniu salwarsanu są identyczne ze spostrzeżeniami prelegenta, nie zwracał tylko uwagi na zachowanie się urotropiny. — Knappe zaznacza w sprawie pewnego tropizmu salwarsanu na szpik kostny, że objaw ten swoisty w postaci szybkiego chwilowego zwiększenia się czerwonych ciałek krwi bezpośrednio po wstrzyknięciu, nie dotyczy wyłącznie salwarsanu, ale wogóle występuje po każdem wstrzyknięciu arszeniku. — Klein sądzi, że urobilinurya, występująca po salwarsanie, nie zależy od hemolizy, gdyż brak we krwi oznak rozpadu erytrocytów, a tembardziej, że urobilinurya hemolityczna występuje tylko przy bardzo rozległej hemolizie. Osobiście w jednym przypadku kiły śledziony i wątroby nie widział K. urobilinuryi po salwarsanie, chociaż w początku leczenia jodem występowało to wybitniej. Natomiast zauważył bardzo wyraźną poprawę stanu krwi, którą tłómaczy sobie usunięciem zarazków chorobotwórczych, paraliżujących czynność szpiku. — Kozerski podaje wyniki badania ciśnienia krwi w 24 przypadkach, dokonane przez kolegę Górkiewicza. W 23 przypadkach ciśnienie się obniżyło. — Watraszewski w ostatnich 250 przypadkach stosował salwarsan śródżylnie i jest zwolennikiem tej metody. Alarmujących objawów ze strony serca nigdy nie widział, choć stosował »606« dość często przy wadach zastawki dwudzielnej.

Posiedzenie kliniczne dnia 30. V. 1911.

1) Wiśniewski przedstawił chorego, wyleczonego z **przewlekłego wiewiórowego zapalenia najądrza** zapomocą szczepionki.

2) Osmólski: **O anatomii patologicznej moru.** Prelegent przedstawia preparaty mikroskopowe skrawków narządów ludzi, zmarłych na dżumę (w Odessie), opisuje obraz anatomo-patologiczny dżumy u człowieka we wszystkich jej postaciach według sprawozdań szeregu autorów, którzy wykonywali sekcye zwłok zadżumionych i zestawia z tym obrazem dane, otrzymane przy zbadaniu swych dwóch przypadków. Dochodzi do wniosku, że krwotoczny charakter sprawy przypisać należy raczej toksynie drobnoustroju dżumowego, niż bezpośredniemu oddziaływaniu tegoż, i że posocznica nie jest główną postacią moru, ale najczęściej zjawiskiem pośmiertnem.

W dyskusyi zaznacza Zapasiewicz, że dymienica może się wytworzyć w śliniance przyusznej, a także dziesiątki dymienic mogą powstać na głowie. Następnie wspomina o marantycznej postaci dżumy.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 19. kwietnia 1911.

Przewodniczący: Kol. Krusche. Sekretarz: Sonnenberg.

1. Kol. Trenkner prosi obecnych o zwiedzenie szpitala dla chorób zakaźnych.

2. Kol. S. Kramsztyk (z Kołobrzega): **O zaburzeniach w odżywianiu niemowląt w świetle poglądów najnowszych.** Nauka o zaburzeniach odżywiania niemowląt przechodziła w rozwoju swym różne fazy, w których kolejno odźwierciedlały się poszczególne gałęzie wiedzy lekarskiej. Po okresie czysto objawowym nastąpił okres anatomo-patologiczny, po nim zaś bakteryologiczny. Badania Eschericha, Tissiera i innych położyły podwaliny dla wiadomości naszych o florze jelitowej osesków. Badania chemiczne, jednocześnie prowadzone, wykazały różnice w zawartości białka w mleku krowiem i kobiecem, a różnica w ścinaniu się sernika krowiego i kobiecego stała się podstawą fałszywej teoryi Biederta o szkodliwości i trudnem trawieniu sernika krowiego. Na drogę ściśle naukową weszła nauka o zaburzeniach odżywiania z chwilą pojawienia się prac z kliniki Czernego, które wykazały, iż szkodliwym składnikiem mleka krowiego jest tłuszcz, wywołujący objawy acydozy (wzmożone wydzielanie się amoniaku). Inni badacze (Wassermann, Moro, Hamburger) szukali rozwiązania zagadnienia o przyczynach szkodliwości mleka krowiego w różnicach natury biologicznej, a Heubner, Rubner i Cammerer podawali jako objaśnienie większą ilość energii, dla strawienia mleka krowiego przez dziecko zużywanej. Na podstawie drobiazgowych obserwacyi klinicznych zbudował przed niedawnym czasem Finkelstein nową, jednostajną klasyfikacyę zaburzeń: on też znacznie uregulował leczenie dyetetyczne niemowląt. Posuwają się wciąż naprzód badania nad przemianą materyi w różnych okresach zaburzeń; zwłaszcza ilościowe oznaczenie lotnych kwasów tłuszczowych w kale, oraz obliczenie wydzielanych tą drogą alkaliów staje się przedmiotem badań specyalnych, gdyż kwasy te są zapewne »causa nocens« zaburzeń odżywiania. Zainicyowane dawniej przez Eschericha badania nad wpływem różnych części składowych pokarmu na jakość flory jelitowej prowadzone są w dalszym ciągu (Moro, Sittler, Bahrdt i Beyfeld). Zwrócono też w ostatnich czasach uwagę na znany już dawno fakt wzmożonej śmiertelności niemowląt w okresie najgorętszych miesięcy letnich, fakt, który objaśnia się dzisiaj nietylko podawaniem rozłożonego mleka, lecz i bezpośrednim wpływem gorąca na ustrój. Badanie wpływu rozczynów soli i cukru na ustrój osesków doprowadziło Finkelsteina i jego uczniów do stworzenia teoryi gorączki pokarmowej, która jednak dotychczas na drodze doświadczeń na zwierzętach potwierdzenia nie znalazła. Badania współczesne uważają naruszenie nabłonka jelitowego za punkt wyjścia zaburzeń; na czem jednak polega zawarty w pokarmie kobiecym »składnik uzdrawiający« — tego jeszcze ani badania przemiany mineralnej, ani rozumowania fizyczno-chemiczne wyjaśnić nie zdołały. Wprowadzone przed rokiem przez Finkelsteina mleko »białkowe« stanowi pewien postęp na drodze udoskonalenia pokarmu sztucznego, zwalczanie jednak nienaturalnego sposobu karmienia musi wciąż być stawiane na pierwszym planie. (Streszczenie własne). Sekretarz: Dr Sonnenberg.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie dnia 27. IV. 1911 r.

Obecnych członków 28. Przewodniczący kol. Pietkiewicz.

1) Kol. A. Januszkiewicz: **Leukopenia, jako wczesny i stały objaw duru brzusznego.**

Dyskusya. Kol. Cichocki, przypominając sobie znaną mu statystykę przypadków leukopenii przy durze brzusznym, utrzymuje, że ona nie jest tak wielką i że również można ją spostrzedz przy posocznicy i gruźlicy. Przyczynę zaś pojawienia się leukopenii przeważnie włoscy badacze widzą w zgubnem działaniu bakteryi na szpik kostny, na dowód czego przytacza mowca badania doświadczalne nad zwierzętami.

Kol. Januszkiewicz zaznacza, że te prace są mu znane, lecz że obecnie większość autorów jest tego zdania, iż leukopenia jest skutkiem działania na szpik kostny toksyn bakteryi, a nie samych bakteryi. O tem pisała jeszcze szkoła Botkina, a przeważnie Pietrow. Autor ten badał szczątki leukocytów, chcąc dowieść rozpadu ich pod wpływem jadu.

Kol. Gilewicz zgadza się ze zdaniem prelegenta, że leukopenia bywa prawie zawsze przy durze, ale do rozróżnienia go od gruźlicy prosówkowej albo innych odmian duru nie dopomaga, gdyż w tych chorobach najczęstszą znamienną cechą bywa również zmniejszona ilość białych ciałek krwi.

Kol. Makowski zapytuje, czy liczono erytrocyty, gdyż po krwotokach może być erytrocytemia. — Kol. Sochacki przyłącza się do zdania prelegenta, gdyż i on bada zawsze w początkach duru ilość leukocytów we krwi i ta metoda prawie nigdy go nie zawodzi. — Kol. Gilewicz zapytuje, czy prelegent nie zastosowywał metody Arnetha. — Kol. Januszkiewicz odpowiada, że tej metody nie stosował. — Kol. Modrzewski zapytuje, czy mając w pierwszym tygodniu choroby stosownego chorego zastosowałby prelegent metodę liczenia leukocytów, czy badanie według Conradiego. — Kol. Januszkiewicz odpowiada, że badałby ilość leukocytów, szczególniej, gdyby była trudność wzięcia większej ilości krwi, czego się wielu chorych boi.

Kol. Nowaczek przytacza przypadek, dotyczący młodej osoby, która od tygodnia gorączkowała, a u której przy badaniu krwi na 11. dzień odczyn Widala był dodatni i była też leukopenia. Potem okazało się, że chora 3 lata temu miała dur, a obecnie cierpiała na gruźlicze zapalenie otrzewnej. — Kol. Gilewicz spostrzegał w Essentukach dwa przypadki duru; w obydwóch odczyn Widala był dodatni i była leukopenia. Natomiast w jednym przypadku zapalenia szpiku kostnego nie znaleziono wcale leukocytozy. Wogóle przy durze dosyć często bywa leukopenia, ale statystyka jest jeszcze nieliczna, tak, że opierać rozpoznanie tylko na niej jest dosyć trudno.

Kol. Łążyński zapytuje, jakiego rodzaju było zapalenie ucha średniego w przypadku prelegenta. — Kol. Januszkiewicz odpowiada, że zapalenie miało charakter więcej ropny, ale nie wie, jakie bakterye je wywołały, bo bakteryologicznego badania nie wykonano.

Kol. Łążyński utrzymuje, że zapalenie szpiku kostnego zdarza się daleko częściej, niż się wogóle przypuszcza, tylko nie miewa ropnego charakteru. Przyczyną jego jest niezwykłe powinowactwo jadu durowego do komórek szpiku.

2) Kol. Modrzewski: **Ciekawy przypadek domowej epidemii błonicy.** W styczniu r. b. w rodzinie, składającej się z dwojga rodziców, 3 dzieci, 2 lokatorów, kucharki z 2 dzieci, pokojówki i niańki (12 osób), zachorowało jedno po drugiem dwoje dzieci gospodarstwa na błonicę. U trzeciego dziecka wykonano zapobiegawcze szczepienie surowicy przeciwbłoniczej w ilości 1000 jedn. i dziecko to pozostało zdrowe. Po ukończeniu się choroby, kiedy u chorych już nie można było wykazać laseczników błonicy w jamie ustnej, odkażono formaliną 3 pokoje, w których przebywały chore dzieci. 16. marca zachorowuje trzecie dziecko, to, u którego zrobiono zapobiegawcze wstrzyknięcie. Badanie śluzu z gardła u wszystkich domowników wykryło, że obie córki kucharki także mają laseczniki błonicy w gardle. Przy wypytywaniu okazało się, że chorowały one na gardło jeszcze w styczniu przed chorobą pierwszych dzieci, nie leczyły się na błonicę i są najprawdopodobniej przyczyną wszystkich następnych zachorzeń. Fakt ten jest wymowną ilustracyą, że odkażenie mieszkania po błonicy

bez zbadania śluzu z gardła u wszystkich domowników, nie ma racyi bytu. Sekretarz: Hoffmann.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 4. VII. 1911 r.

1) Landau przedstawia T. G., l. 36, robotnika. Chorób gorączkowych nie przechodził; alkoholizm miernego stopnia. W 24. r. ż. kiła, leczona tylko miejscowem wypalaniem. swoistego leczenia nie stosowano. Przed rokiem pewnego ranka obudził się z bezwładem ręki lewej w ramieniu i łokciu. Przed 2 miesiącami w ten sam sposób stracił władzę w ręce prawej. Bólów nie było i niema. Czasem darcie w obu łydkach. Od 5 lat bole głowy w okolicy czoła z zawrotami. Badanie: Nerwy czaszkowe bez zmian. Źrenice równe, okrągłe, oddziałują żywo. Dno oka bez zmian. Ramię prawe nieco niżej ustawione, łopatka prawa odstaje. Ręka prawa stale w pronacyi. Ręka lewa nieco silniej skręcona w stawie ramieniowym i lekka pronacya. Zanik po stronie prawej w zakresie m. deltoideus (pars scapularis), po str. lewej w mm supra- et infraspinatus, deltoideus, biceps i brachialis internus. W tych mięśniach częściowy lub zupełny odczyn zwyrodnienia i wyraźne drgania włókienkowe. Unoszenie ręki prawej możliwe tylko nieco ponad linię, poziomo i nieco ponad nią (porażenie m. zębatego większego). Po tejże samej stronie niemożliwe także odwracanie (supinacya), zgięcie grzbietowe w stawie nadgarstkowym i wyprostowywanie palców, (porażenie n. sprychowego). Po stronie lewej zniesione ruchy w stawie barkowym, z wyjątkiem skręcenia na wewnątrz i częściowo na zewnątrz. Zginanie w stawie łokciowym zupełnie niemożliwe, a odwracanie nieco upośledzone. Po obu stronach w zakresie porażonych mięśni hypotonia, w innych napięcie prawidłowe. Odruch m. dwugłowego lewy zniesiony, inne obustronnie słabe. Pnie nerwowe niebolesne Odruchy kolanowe i stopowe zniesione, podeszwowe obustronnie słabe. Bezładu w kończynach dolnych niema. Objaw Romberga słabo zaznaczony. Odruchy brzuszne i jądrowe żwawe, równe. Zaburzenia wszystkich rodzajów czucia (dotyk, ból, zimno i ciepło) w postaci pasów okrężnych na całym tułowiu, odpowiadające swem rozmieszczeniem unerwienieniu segmentarnemu. Obok jednego szerokiego pasa znieczulenia, w zakresie wszystkich innych pasów tylko względne osłabienie czucia, i to w różnych pasach o różnem nasileniu. Na kończynie górnej lewej niema zaburzeń czucia, na górnej prawej względne zaburzenia w zakresie n. sprychowego. Na kończynach dolnych osłabienie czucia na palcach i w okolicy zewnętrznej kostki nogi lewej Objaw Wassermann-Dungerna wybitnie dodatni. Nie ulega żadnej wątpliwości, że wszystkie objawy rozwinęły się tu na tle przebytej kiły. Jednakże przeciw swoistym zmianom kiłowym w obrębie układu nerwowego (lues spinalis) przemawia późny rozwój choroby (w 12 lat po zakażeniu). Brak jakiegokolwiek niedowładu w zakresie kończyn dolnych, zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca, bolesności miejscowej kręgosłupa, bólów promieniujących w zakresie korzonków tylnych, wreszcie brak zmienności obrazu klinicznego, tak charakterystycznego dla spraw swoiście kiłowych. L. rozpoznaje **sprawę parasyfilityczną;** są tu dowody zwyrodnienia tylnych powrózków rdzeniowych w zniesionych odruchach kolanowych, stopowych i w segmentarnych zaburzeniach czucia. Do tej samej sprawy parasyfilitycznej należy odnieść porażenie splotu barkowego górnego po str. lewej, a n. sprychowego i tułowiowego długiego po str. prawej, które to porażenia rozwinęły się prawdopodobnie na tle ogólnego wyniszczenia kiłowego. Wskazane jest silne leczenie przeciwkiłowe, tembardziej, że chory dotąd nie leczył się swoiście.

III. Zjazd niemieckiego Towarzystwa urologicznego

w Wiedniu 1—13 września 1911

podał **Dr A. Klęsk.**

1) Israel (Berlin): **Ostateczne wyniki po wycięciu nerki gruźliczej.** Jedynie leczenie chirurgiczne, i to doszczętne, gruźlicy nerki liczyć może na powodzenie. Wszelkie inne leczenie, n. p. tuberkuliną, można stosować tylko pomocniczo lub tam, gdzie operować nie można. Śmiertelność po wycięciu nerki 10—15% (t. zw. dalsza, t. j. dłużej, niż w 6 miesięcy po operacyi), 75% wyleczeń. Zgony zwykle z powodu gruźlicy płuc, lub schorzenia drugiej nerki. Gruźlica prosówkowa, jeżeli występuje po zabiegu, to w pierwszem półroczu. — Jeżeli nerka druga w czasie operacyi była zupełnie zdrową, to zakażenie jej następcze po wycięciu chorej występuje rzadko, bo zaledwo w 11·1%, częściej jednak bywa druga nerka już w czasie zabiegu już trochę zajęta gruźlicą, choć klinicznie nie wykazalnie. Przy obustronnych zmianach trzeba mimo to przystąpić nieraz do wycięcia jednej nerki, a to: 1) gdy nerka jest bardzo już zniszczona, 2) w razie częstych silnych krwotoków, kolek i bolów. Nerka druga po wycięciu nerki chorej ulega nieraz zakażeniu z płuc. Prątki znikają z moczu po wycięciu nerki w 75%, zależy to jednak również bardzo od stanu pęcherza. Nieraz mimo wydzielania prątków stan chorych jest po operacyi znakomity (roznosiciele prątków podobnie, jak w durze). W połowie przypadków po operacyi utrzymuje się w moczu nadal ślad białka, jak również białe i czerwone ciałka krwi. Sprawa pęcherzowa w 43·5% ustępuje, a przypady w 90%. Gruźlica moczowodu po wycięciu nerki leczy się sama szybko. Ciąża po operacyi nie wpływa wcale na pogorszenie stanu pozostałej nerki, można jednak dozwolić na małżeństwo dopiero w razie zupełnego zniknięcia prątków z moczu.

2) Bloch (Frankfurt), Asch (Strassburg), Oppenheimer (Frankfurt) mówią **o szybkiem wykazywaniu prątków gruźliczych,** zwłaszcza o sposobie Oppenheimera (szczepienie w wątrobie świnek morskich).

3) Bachrach (Wiedeń): **Leczenie tuberkuliną przy gruźlicy moczowo płciowej.** Zapomocą leczenia tuberkulinami osiąga B. jedynie polepszenia i poprawy stanu ogólnego, ale nie osiągał wyleczenia miejscowego. Nadaje się to leczenie zwłaszcza po wycięciu nerki, jeżeli gdzieindziej w ustroju znajdują się ogniska gruźlicze. W przypadkach ciężkich tuberkulina zawodzi zupełnie.

4) Widholz (Berno): **Trwałe wyniki po wycięciu nerki z powodu gruźlicy.** Na podstawie odpowiedzi na kwestyonaryusz, rozesłany do lekarzy praktycznych w sprawie dalszego losu chorych na gruźlicę nerek, a nie operowanych, dochodzi W. do przekonania, że los ten jest bardzo smutny. 58% umiera przed upływem 5 lat od początku cierpienia, a zaledwo mała garstka żyje dłużej bez wybitnych objawów. Nie może więc tu nawet być mowy o porównaniu ze statystyką operacyjną, gdzie po wycięciu nerki gruźliczej osiągamy 60% wyleczeń trwałych, a śmiertelność t. zw późna wynosi 14% (bezpośrednio po operacyi 28%). Gruźlica pęcherza wygaja się zwykle po wycięciu nerki bardzo prędko. Pogarsza rokowanie równoczesne cierpienie narządów płciowych. Wielką rolę odgrywa położenie socyalne chorych. Tak n. p. uzyskał W. u chorych zamożniejszych 78·8% wyleczeń, a u niezamożnych tylko 37·7%. Chorzy po wycięciu nerki przechodzą zupełnie pomyślnie choroby zakaźne, a tylko łatwiej u nich wywołać uśpienie narkotykami, wydzielającymi się drogą nerek.

5) Fabricius (Wiedeń): **Czy t. zw. nadnerczaki uważać należy za nowotwory złośliwe?** Prelegent odpowiada na to pytanie twierdząco.

6) Boeckel (Nancy): **Bezpośrednie i późne wyniki 57 wycięć nerki z powodu gruźlicy.** Wyniki podobne do przytoczonych powyżej. Przy przetokach stosuje B. ze skutkiem wstrzykiwania pasty Becka.

7) Mirabeau (Monachium): **Udział moczowodu i miedniczki nerkowej w schorzeniach części rodnych kobiecych.** Bardzo często schorzenia części rodnych kobiecych wywołują ucisk moczowodu, zastój moczu z następstwami, wymagającemi operacyi.

8) Colmers (Koburg): **Bezmocz.** Przypadek bezmoczu przy wrodzonym braku jednej nerki, spowodowany uciskiem mięśniaka macicy na moczowód, wyleczony wycięciem macicy. (Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 25. X. posiedzenie, na którem po powitaniu przez prezesa obecnych gości: Dr S. Bernadzikowskiego, członka Wydziału krajowego i Dr Müllera, inspektora szpitali krajowych, przedstawił Prof. Wicherkiewicz przypadek t. zw. nieżytu wiosennego, Dr Kozłowski przyrząd do wlewań salwarsanu, a prym. Dr Borzęcki przypadek leczony salwarsanem z niezwykłym przebiegiem. Następnie odbyła się dyskusya nad wykładem Prof. Krzyształowicza, w której uczestniczyli: prym. Dr Borzęcki, Prof. Bujwid, Dr Gertler, Szymanowski, Weber i Prof. Reiss i Wicherkiewicz.

— Na posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej w d. 19. X. 1911, przedstawił fizyk miejski sprawozdanie z przebiegu chorób zakaźnych w mieście. Ze wszystkich chorób zakaźnych występuje cokolwiek silniej płonica. Jako powód tego wzmożenia się płonicy podaje fizykat w pierwszym rzędzie niemożność natychmiastowego odosobnienia chorych, z powodu braku odpowiedniej liczby łóżek szpitalnych, a także brak odpowiednio urządzonych zakładów dla chorób zakaźnych. Następnie źródłem roznoszenia zarazków są nieodpowiednio urządzone sklepiki drobne z wiktuałami, w których schodzi się służba z domów zakażonych po zakupno towarów. Do szerzenia się choroby przyczynia się również niedonoszenie o przypadkach zachorowania, przy których rodzice często z powodu lekkiego przebiegu choroby nie wzywają wcale lekarza. Dziecko takie po paru dniach, wstawszy z łóżka, wychodzi na ulicę, gdzie bawiąc się z innemi dziećmi zaraża je. Dopiero po wystąpieniu u takiego nieleczonego dziecka powikłań, wzywany bywa lekarz i cała rzecz się wyjaśnia, tymczasem jednak dziecko już zdążyło zarazić pewną ilość zdrowych dzieci. Stwierdzono też, że w domach źle utrzymanych, źle urządzonych, w których panuje brud, płonica częściej się zdarza i uporczywiej trwa. Pewnego rodzaju i brak odpowiedniego wyszkolenia w sprawach sanitarnych u szerszego ogółu także wpływa na szerzenie się chorób. Zdarzyło się w ostatnich czasach 9 przypadków przewiezienia dzieci chorych, lub łuszczących się po płonicy, koleją, bez zastosowania jakichkolwiek środków ostrożności. Komisya uznała za rzecz pierwszorzędnej wagi i nadzwyczaj pilną budowę pawilonów dla chorób zakaźnych, następnie zwróciła uwagę na to, by ojciec rodziny na równi z lekarzem ordynującym obowiązany był donosić władzom o każdym podejrzanym przypadku choroby u dzieci, gdy nie stać go na wezwanie lekarza do domu. W końcu wyraziła komisya uwagi, tyczące się: sprzedaży pieczywa zawiniętego w cienką bibułkę lub czysty papier, odezwy do restauratorów i handlarzy owoców, aby pieczywo, ciasta i owoce, zawsze mieli nakryte; przestrzegania czystości na chodnikach; skrapiania ulic także o godzinie 5. popołudniu; przyspieszenia sprawy organizacyi stróżów domowych; stawiania koszów na papiery na ulicach.

— Towarzystwo »Dom zdrowia nauczycielstwa polskiego« w Zakopanem (noszące przedtem przez lat 10 nazwę »Schronienie nauczycieli i nauczycielek«) ogłosiło swoje X. Sprawozdanie, obejmujące dwa lata (1909/10 i 1910/11). Z tabelki, zamieszczonej w sprawozdaniu a przedstawiającej statystykę Towarzystwa w całem dziesięcioleciu istnienia, wynika, że Towarzystwo, choć zwolna i walcząc z wielkiemi trudnościami, stale się jednak rozwija. W ciągu bowiem dziesięciolecia wzrosła liczba członków ze 167 na 476, liczba zgłaszających się o przyjęcie chorych z kilkunastu na 132, liczba corocznie leczonych z 11 na 63, liczba dni leczenia z 2535 (w r. 1904) na 6017, dochody z 5825 na 26946 kor., fundusz żelazny z 867·93 na

3978·29 kor. Koszt dnia leczenia wynosił w ostatnim roku 3·77 kor.; dzienny niedobór na jednej osobie, pokrywany przez Towarzystwo, wynosił w tym roku 57 hal., resztę kosztów pokrywały opłaty od chorych, poczęści otrzymujących zapomogi z Wydziału krajowego. Wyniki leczenia były nadspodziewanie dobre (w ostatnim roku 87·8% poprawy) w stosunku do niekorzystnego składu leczonych (60·4% w II, a 26·0% w III okresie gruźlicy płuc). Prezesem i lekarzem Towarzystwa jest Dr E. Brzeziński.

— W Krynicy rozpoczynają się w najbliższym czasie kosztem rządu głębokie wiercenia dla uzyskania większych ilości wody mineralnej. Wiercenia mają być ukończone w ciągu bieżącej zimy.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. X. do 21. X. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 13 † 1 (w tem obcych 5 † 1), krztuśca 7, ospy wietrznej 2, płonicy 23 † 2 (2 † —), odry 15 † 1, duru brzusznego 7 † 4, czerwonki 1, róży 2 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Dr Rzętkowski, były redaktor »Pamiętnika Towarzystwa lek. warsz.«, zaznacza w »Gazecie lek.« (42), że jego zdaniem powinien »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego« zawierać całkowitą bibliografię, a więc i te np. pokazy, o których nie wiadomo nic więcej, prócz tytułu.

Z różnych stron. W instytucie lekarskim dla kobiet w Petersburgu zgłosiło się do egzaminu lekarskiego 480 kandydatek, w tem 250 lekarek zagranicznych.

— Wśród 1880 słuchaczy medycyny, zapisanych w Wiedniu w ostatniem letniem półroczu, pochodziło 266 z Galicyi.

— Dr Kazimierz Wyrzykowski, naczelnik »Sokoła« we Lwowie, rozpoczął wydawać pismo p. t. »Skaut«, mające na celu krzewienie »Scoutingu« (harcerstwa) wśród młodzieży. »Scouting« jest rodzajem ćwiczeń fizycznych, zorganizowanym na sposób służby patrolowej, krzewiącym się obecnie bardzo silnie wśród młodzieży zagranicznej.

— Komitet obywatelski, zajmujący się zebraniem funduszów na zakupno zagrody dla głośnego poety ludowego, Ferdynanda Kurasia, prosi nas o zaznaczenie, że fundusz ten zebrany będzie zapomocą rozprzedaży dzieł tego poety, które nabywać można w sekretaryacie komitetu (adres: Zygmunt Kolasiński, Tarnobrzeg, ul. Kościuszki).

Mianowani: chirurg Prof. Pels-Leusden z Berlina profesorem w Gryfii, hygienista Prof. Hahn z Monachium profesorem w Królewcu, patolog doc. Bogomolec z Odessy profesorem w Saratowie.

Zmarli: okulista Prof. Emmert w Bernie; Dr Salomea Kaszerówna z Warszawy w Szwajcaryi.

Redakcya otrzymała: Legeżyński: Wystawa higieniczna w Dreznie. (Głos lek. 1911). — Fr. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. Warszawa 1911. Stron 942 + XXIV.

Bibliografia.

Ruchliwy tygodnik francuski »Paris médical«, wydawany przez księgarnię I. B. Baillière et fils w Paryżu, poświęcił ostatni swój zeszyt wyłącznie neurologii, psychiatryi i medycynie sądowej, zamieszczając w dziale artykułów oryginalnych następujące rozprawy: Les maladies nerveuses en 1911 (revue annuelle) (Dr Jean Camus, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris). — La pathologie radiculaire (Dr Déjerine, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et le Dr Baudouin). — La méningite séreuse enkystée de la corticalité cérébrale (Dr Henri Claude, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris). — Traitement des fractures de la base du crâne (Dr Grégoire, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris). — Les maladies mentales en 1911 (revue annuelle) (Dr Paul Camus, médecin de l'hospice de Bicêtre). — Devons-nous continuer à considérer l'inversion sexuelle comme une maladie (le sexe intermédiaire) (Dr Grasset, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier). — La constitution émotive (Dr Dupré, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris). — Régulation des fonctions psychiques (Dr Jean Camus).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.